Rok XL. Kraków, 2 Lutego 1901. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O enterokoku, jako zarazku czerwonkowym.

Podał

Dr. Ksawery Lewkowicz.

(Według wykładu z demonstracyami na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 5 grudnia 1900).

Piśmiennictwo, odnoszące się do etyologii czerwonki, wykazuje, że uwaga badaczy zwraca się głównie na trzy gromady drobnoustrojów, jako na możliwą przyczynę tej choroby, mianowicie na ameby, na rozmaite rodzaje z gromady prątka kałowego *(b. coli)* i na paciorkowce.

Na pierwszem miejscu, zwłaszcza gdy chodzi o czerwonkę podzwrotnikową, należy wymienić ameby. Co się tyczy czerwonki swojskiej, to niewątpliwie znane są przypadki, uwieńczone dodatnim wynikiem badania na ameby, jak n. p. ogłoszony niedawno przez Brudzińskiego [1]). Z drugiej strony jednak znamy liczne epidemie, jak warszawska, opisana przez Janowskiego [2]) i krakowska, spostrzegana przez Ciechanowskiego i Nowaka [3]), w których ameb nie znaleziono. Jeżeli się przytem zważy, że znajdowano te pierwotniaki nietylko w stolcach i w ropniach wątrobowych, powstających na tle czerwonki, ale także w stolcach przy zwykłej biegunce, lub po podaniu leków czyszczących, wreszcie w ropniach wątroby, będących w związku z owrzodzeniami gruźliczemi jelit, że łatwo je pomięszać ze zmienionemi ciałkami ropnemi, lub nabłonkami jelitowymi, że wogóle nie wiemy nic pewnego o działaniu chorobotwórczem ameb, wtedy nawet znaczenie ameb w powstawaniu podzwrotnikowej czerwonki musi się wydać wątpliwem.

Według treści przeważnej ilości prac, ogłoszonych w ostatnich latach, należałoby znów upatrywać zarazka czerwonkowego między licznymi rodzajami z gromady prątka kałowego. Muszę jednak podnieść, że pnie znalezione przy czerwonce przez poszczególnych autorów, różnią się znacznie między sobą i jest widocznem, że nie zawsze chodzi o ten sam rodzaj. Rzekomo swoiste działanie na przewód pokarmowy jadów, otrzymanych z podejrzanych pni (Celli [4]) niewiele dowodzi, gdyż każdy jad, wydzielany z ustroju przez przewód pokarmowy, może w nim wywołać zmiany chorobowe, jak to widzimy np. w zatruciu rtęciowem. Zresztą wyniki Celliego nie zostały potwierdzone przez Ciechanowskiego i Nowaka [3]), ani przez Eschericha [5]). Podobnie nie należy sądzić, żeby podawane przez niektórych autorów dodatnie wyniki prób surowiczych miały sprawę tę ostatecznie rozstrzygać Shiga [6]), Celli i Valenti [7]), Escherich [5]) Kruse [8]). Przedewszystkiem niektórzy z tych autorów, jak Celli, przyznają sami, że próby surowicze z prątkiem kałowym niezawsze wypadają tak niedwuznacznie, jak przy prątku durowym, a powtóre obok obwinionych znajdowano, jak się do tego Shiga przyznaje, inne pnie, także okazujące oddziaływanie wobec surowicy chorych czerwonkowych, coby jednak miało zależeć jedynie od wtórorzędnego udziału w sprawie chorobowej. Sądzę, że to samo można twierdzić i o pniach, obwinionych przez autorów. Jest bowiem naprzód łatwo zrozumiałem, że ustrój, bez względu na to, czy jakiś zarazek wnika w jego tkanki pierwotnie, czy następowo, może oddziaływać wytworzeniem istót aglutynujących. Dla etyologicznego pojmowania może wprawdzie poznanie tych wtórorzędnych zakażeń mieć wielką wagę, ale przecież przedewszystkiem musi chodzić o poznanie właściwego i pierwotnego czynnika chorobotwórczego.

Z kolei wypada może mówić o gromadzie dla nas najważniejszej, mianowicie o paciorkowcach. Pierwsze, należące tu spostrzeżenie Bessera [9]) pochodzi z roku 1884. Inne odnoszą się zarówno do czerwonki podzwrotnikowej (Zancarol [10]), Egipt, Aleksandrya, Kruse i Pasquale [11]), Egipt), jak i swojskiej; (wielkiego dla mnie znaczenia praca Ciechanowskiego i Nowaka [3]).

Ogółem biorąc, etyologia czerwonki stanowi jeszcze zupełnie pole niezbadane i mimo zastosowania w ostatnich latach nowszych sposobów badania, sprawa nie postąpiła wiele naprzód od tego czasu, kiedy Ciechanowski i Nowak podali, jako ostateczny wniosek swych badań własnych, i z danych, zaczerpniętych z piśmiennictwa, że mianowicie co do czerwonki epidemicznej krajów z klimatem umiarkowanym etyologiczne nasze wiadomości są prawie równe zeru.

Byłbym szczęśliwy, gdyby moje spostrzeżenia przyczyniły się do rzucenia choćby odrobiny światła na tę, tak ciemną dotąd kartę ludzkiej patologii.

Przypadki chorobowe. Mój materyał chorobowy jest skąpy, gdyż tworzą go właściwie tylko trzy pierwsze przypadki.

Przypadek 1. Sprawa dotyczy dziecka 13 miesięcznego, przyjętego do kliniki dn. 18 paźdz. 1900 r. z biegunką, już w stanie zapadu. Stwierdzono stolce wodniste z przymieszką śluzu, bez krwi. Badanie mikroskopowe sposobem Eschericha [12]) (barwienie według Gram-Weigerta, podbarwianie wyskokowym rozczynem fuchsyny) stwierdziło w nich w ogromnej ilości i prawie w czystej hodowli krótkie paciorkowce (p. fotogram 1). Rozpoznano ostry nieżyt żołądka i jelit na tle zakażenia paciorkowcowego (*gastroenteritis acuta streptococcica).* Dziecko umarło następnego dnia. Badanie pośmiertne (kol. Gliński) wykazało ostre zajęcie zapalne całego przewodu pokarmowego, przyczem nasilenie zmian ku dołowi wzmagało się tak, że w dolnej połowie kiszki grubej przybrały one cechy zmian czerwonkowych z typowemi włóknikowobłoniczymi nalotami. W innych narządach zmian nie znaleziono. Badanie histologiczne (kol. Gliński) najbardziej zajętych zmianami części przewodu pokarmowego stwierdziło w powierzchownych warstwach błony śluzowej obecność ziarniaków w dwójkach i krótkich

łańcuszkach, obok innych bakteryj. Wynikowi temu musi się przyznać pewne znaczenie, gdyż wycinki z kiszek zebrano już w dwie godziny po śmierci; pośmierne zatem wniknięcie paciorkowców w ścianę kiszek może być wykluczone

Że przypadek ten należy rzeczywiście pojmować jako samoistną, epidemiczną czerwonkę, dowodzi tego następny, gdyż chodziło w nim o matkę tego dziecka.

Przypadek 2. Kobieta 43-letnia. Leżała w szpitalu św. Łazarza w oddziale zakaźnym od 17 do 30 paźdz 1900 r. Cierpiała i umarła, jak wykazywało spostrzeganie kliniczne (kol. Supiński) i badanie pośmiertne, na typową czerwonkę. Także w tym przypadku można było (20 paźdz.) mikroskopowo udowodnić w stolcach w znacznej przewadze obecność ziarniaków, występujących w dwójkach i krótkich łańcuszkach, zawartych także częściowo w ciałkach ropnych (fagocytach).

Przez założenie hodowli (szczepienie drucikiem platynowym na powierzchni skośnie ściętego agaru, polanej surowicą ludzką z puchliny brzusznej), otrzymano w obu przypadkach pewien rodzaj paciorkowców w ogromnej przewadze, gdyż około 200 osad paciorkowcowych przypadało na 15 osad obcych. W pierwszym przypadku towarzyszyły paciorkowcom gronkowce, prątki kałowe i jakiś rodzaj prątków, morfologicznie i w hodowlach zachowujący się podobnie do prątków posocznicy krwotocznej, dla królika jednak nie chorobotwórczy, w drugim wyłącznie *bacterium lactis aërogenes*. Obu przypadkom były zatem wspólne tylko paciorkowce.

Ponieważ się w dalszym ciągu badań okazało, że idzie o rodzaj, różny od zwykłego paciorkowca ropotwórczego, a różniący się także dość wybitnie od pneumokoka, pozwoliłem sobie nazwać go „enterokokiem“, a to ze względu, że znaleziony został pierwotnie w treści kiszkowej, i że jego znaczenie, jako czynnika wywołującego czerwonkę (dysenteria), jest bardzo prawdopodobne. Postanowiłem zaś utworzyć tę nową nazwę tem snadniej, że także dane epidemiologiczne domagają się dla czerwonki osobnego zarazka.

Przypadek 3. W przypadku tym, opisanym już zresztą na innem miejscu [14], chodziło o 6-let. dziewczynkę, która leżała w klinice od 2 do 4 listopada 1900. Klinicznie rozpoznano na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego (p. fotogram 2), otrzymanego przez nakłócie lędźwiowe, zapalenie opon pneumokokowe. Gdy jednak badanie pośmiertne (kol. Gliński) wykazało obok tego zapalenia zmiany czerwonkowe w kiszce grubej, rozrzucone ogniska martwicze w wątrobie, rozsiane hematogenetyczne ogniska zapalne w płucach i rozpoczynające się krwotoczne zapalenie nerek, wtedy nie mogło ulegać wątpliwości, że zmiany czerwonkowe w kiszkach należało uważać za wrota, któremi zarazek wtargnął do ustroju i że zmiany w wątrobie i płucach zaznaczały drogę, którą kroczył, nim dostał się do wielkiego krążenia i umiejscowił w oponach i nerkach.

Próbę ogniową dla słuszności tego zapatrywania miała stanowić okoliczność, czy zarazek, otrzymany z wysięku oponowego, okaże się identycznym z pochodzącym ze stolców czerwonkowych przypadków poprzednich. Ta tożsamość została też rzeczywiście w całej pełni udowodnioną.

Dwa następne przypadki przytaczam na dowód znacznej, ale niezawsze swoistej zaraźliwości choroby.

Przypadek 4. Ponieważ przypadek pierwszy nie został klinicznie rozpoznany jako czerwonka, nie zarządzono też środków, mających zapobiedz przeniesieniu się choroby na inne dzieci. Temu należy przypisać, że jedno z nich, 6-letni chłopiec, ozdrowieniec po durze brzusznym, już od paru tygodni bez gorączki, zapadło na czerwonkę. Przypadek znamionował się śluzowo-krwawymi stolcami, oddawanymi z pewnem napieraniem, miał jednak przebieg bardzo łagodny, gdyż skończył się zupełnem wyzdrowieniem w przeciągu 10 dni. W stolcach znaleziono obok innych bakteryj, ziarniaki w dwójkach i krótkich łańcuszkach, nie zdołano jednak zwykłymi sposobami otrzymać enterokoka w czystych hodowlach, zwierząt zaś w tym celu nie użyto.

Przypadek 5. U rygorozanta, który wykonał badanie zwłok w przypadku 2-im, rozwinęło się na palcach obu rąk kilka czyraków, a na grzbiecie obu rąk zapalenie tkanki podskórnej. Przez nacięcie wydobyto w klinice chirurgicznej tylko nieco cieczy, zmięszanej z krwią, i ciecz tę przesłano do zbadania do zakładu bakteryologicznego. Badanie drobnowidowe (barwienie błękitem metylenowym) wykazało w bardzo skąpej ilości małe dwoinki (diplokoki) z zaznaczoną otoczką, zresztą żadnych innych bakteryj. W hodowlach na agarze zwykłym i surowiczym nie otrzymano żadnych osad

Nie może chyba ulegać najmniejszej wątpliwości, jeżeli się uwzględni czynnik etyologiczny, wejrzenie zmian chorobowych, obraz drobnowidowy i ujemny zresztą wynik badania bakteryologicznego, że chodziło o zakażenie enterokokiem. (C. d. n.)

II. Z warszawskiego zakładu dla zboczeń mowy, oraz cierpień jamy nosowo-gardzielowej.

O zboczeniach mowy przy niedorozwoju psychicznym.

Przez

Dra Wł. Ołtuszewskiego.

(Dokończenie).

Pozostaje nam jeszcze poruszyć jedno pytanie, właściwie należące do dziedziny filozofii mowy, wiążące się jednak ściśle z jej psychologią, a mianowicie stosunek umysłu do mowy. W tym względzie winniśmy pamiętać, co następuje: inteligencya stwarza mowę, a nie odwrotnie, gdyż mowa jest tylko jednym z przejawów rozwoju umysłowego, a jak to widzieliśmy, warunki jej powstania, zarówno jak sfery psychicznej, są te same. Niema ścisłej zależności mowy od myśli, gdyż możemy myśleć bez słów. Niezależnie jednak od tego, przy braku rozumienia mowy, oraz myślenia wyrazowego (mowy wewnętrznej), jak to ma miejsce u małych dzieci przed rozwojem ich mowy, oraz u zwierząt, umysł jest w stanie myśleć tylko w granicach zmysłowego poznania, u dzieci zaś prawidłowych, rozumiejących mowę, a mimo to późno zaczynających mówić, oraz z niemotą ruchową, zależną od braku automatyzmu mowy, wznosi się ono jedynie do granicy niższych pojęć. W rozwoju więc umysłowym osobnika, oprócz zdolności rozumienia mowy, to jest posiadania pojęć słownych, przypisuję mowie samodzielnej, a więc istnieniu mowy wewnętrznej, niezmiernie ważne znaczenie, gdyż użycie wyrazów, jako znaków, zastępujących doświadczenia zmysłowe, przyspiesza rozwój umysłu i niesłychanie ułatwia nasze myślenie.

Przytoczone dane z psychologii oraz filozofii mowy stanowią klucz do rozumienia nieprawidłowego jej rozwoju u dzieci z niedorozwojem psychicznym, oraz zboczeń mowy przy zmianach anatomicznych w mózgu.

Zastanowimy się najprzód nad nieprawidłowościami w rozwoju mowy, w których nie zmiana anatomiczna w ośrodkach słownych, lecz sam niedorozwój powoduje to lub owo zboczenie. U zupełnych idyotów przy braku percepcyi, a więc spostrzeżeń zmysłowych, nie może nawet być mowy o najłatwiejszym, a zarazem najważniejszym akcie rozumienia

mowy, gdyż niedorozwój łącznie z ośrodkami mowy dotyczy przedewszystkiem całego mózgu, jako narządu myśli. Idyoci niezupełni, uzdolnieni do zmysłowych spostrzeżeń oraz kojarzeń, wznoszą się już do możności rozumienia mowy (rozumie się w ograniczonych rozmiarach); upośledzenie jednak zdolności umysłowych przeszkadza im do wyrobienia mowy automatycznej, jak wiemy, nieodzownej przy mowie samodzielnej. To też niekształceni idyoci rzadko przekraczają granicę wygłaszania bełkotliwie pojedyńczych słów dla oznaczania swych pierwotnych sądów i na tym stopniu pozostają zazwyczaj w ciągu całego życia. Tylko u niektórych, tak zwanych ruchowców, może się wytworzyć bezmyślna gadanina, to jest automatyzm mowy, pomimo braku jej rozumienia. U głuptaka, prawie zawsze uzdolnionego do rozumienia mowy, jeśli nie mają miejsca jakiekolwiek zmiany anatomiczne w ośrodkach słownych, mowa, lubo późno, może do pewnego stopnia się rozwinąć, najczęściej jednak długo trwająca niemota przechodzi w bełkotanie, polegające na wytworzeniu się nieprawidłowego automatyzmu mowy, a więc na mowie zupełnie niezrozumiałej. Bełkotanie to, pozostawione bez leczenia, przeciąga się zwykle do okresu przedszkolnego, a nawet i później, pozbawiając dzieci możności prawidłowego kształcenia ich umysłu. Nakoniec u dzieci zacofanych mowa rozwija się również bardzo późno, a ustępująca niemota przechodzi zwykle w bełkotanie, ewentualnie wadliwe wymawianie.

Przechodzimy do przypadków niedorozwoju psychicznego, gdzie łącznie z nim występuje zmiana anatomiczna w ośrodkach mowy lub wadliwe ukształtowanie w narządach artykulacyi. Tu należą przedewszystkiem różne postacie niemoty, jak ślepota duchowa, niemota ruchowa i głuchota wyrazowa, o źródłach powstawania których poniżej; dalej bełkotanie, mające swe źródło w ustępującej niemocie ruchowej, mowa nosowa, łącząca się z ustępującą niemotą ruchową [1]) lub zależna od skrócenia podniebienia twardego, stanowiącego jedną z oznak psychicznego zwyrodnienia oraz wadliwe wymawianie, zależne od ustępującego bełkotania, lub różnych organicznych zmian w narządzie artykulacyi. Jąkanie może występować na różnych stopniach niedorozwoju psychicznego, najczęściej jednak przytrafia się u głuptaka i zacofanego.

Przy rozpoznawaniu niemoty, pewne trudności przedstawia określenie, od jakich warunków ona zależy. Wobec braku rozumienia mowy winniśmy uwzględniać ślepotę duchową przy zupełnym idyotyzmie i głuchotę wyrazową, uwarunkowaną upośledzeniem pamięci zmysłowej słuchowej, którą znów należy wyróżniać od głuchoty pozakorowej u dzieci z prawidłową inteligencyą, zależnej od zmian w obwodowym narządzie słuchu z zachowaniem resztek czynności tego narządu (przypadki obustronnego częściowego zajęcia błędnika przy głuchoniemocie wrodzonej, przypadki nabytych obustronnych częściowych zmian w błędniku, oraz przypadki obustronnych częściowych zmian w uchu środkowem). Głuchota pozakorowa różni się od głuchoty wyrazowej brakiem znaków zwyrodnienia, w szczególności zmian czaszki, tak co do jej objętości, jako też i kształtu, oraz mniej lub więcej prawidłową sferą umysłową. Dane te okazują się tem ważniejsze, że badanie błędnika u małych dzieci przedstawia często bardzo poważne trudności. Niemota ruchowa, przytrafiająca się najczęściej przy porażeniach mózgowych wieku dziecięcego, może mieć źródło w upośledzeniu pamięci słownych zmysłowych: słuchowej i ruchowej, w zmianach okolicy Broca, lub też w ośrodku średnim. Rozpoznawanie bełkotania, ewentualnie wadliwego wymawiania, mowy nosowej, oraz jąkania, nie przedstawia zazwyczaj żadnej trudności.

Wykazany dotychczas związek pomiędzy osłabieniem sfery umysłowej, a różnemi zboczeniami mowy najlepiej nam uzmysławia liczebny stosunek, jaki zajmuje niedorozwój psychiczny w etyologii zboczeń mowy. Pozwalam sobie w tym względzie przytoczyć odnośne liczby, oparte na materyale klinicznym z ostatnich lat 8. Na 1405 przypadków zboczeń mowy, spostrzeganych ogółem w Zakładzie moim od lipca 1892/1893 do lipca 1900/1901, niedorozwój, łącznie z porażeniami mózgowemi wieku dziecięcego, spowodował zboczenia mowy w 184 przypadkach [1]). Liczba ta rozdzieliła się na różne kategorye zboczeń mowy w sposób następujący: na 265 przypadków niemoty u dzieci niedorozwój okazał się w 90 przypadkach, na 67 przypadków bełkotania — w 38, na 251 przypadków wadliwego wymawiania — w 29, na 56 przypadków mowy nosowej — w 11, nakoniec na 718 przypadków jąkania — w 16 (38 przypadków niemoty u dorosłych, oraz 10 przypadków trzepotania nie łączył się z niedorozwojem). Odliczając od wyżej podanych liczb niemoty u dzieci, bełkotania i mowy nosowej, znaczną ilość przypadków niemoty, spowodowanej wrodzoną lub nabytą głuchotą, oraz bełkotania i mowy nosowej pochodzenia dyzartrycznego, okazuje się, że niedorozwój, łącznie z porażeniami wieku dziecięcego, odgrywa w rzędzie przyczyn niemoty, bełkotania i mowy nosowej u dzieci rolę pierwszorzędną. Zgadza się to w zupełności z przedstawioną powyżej psychofizyologiczną podstawą rozwoju mowy u dziecka i stosunkiem umysłu do mowy, uwydatniając, że mowa jest ważnym objawem psychicznym, że więc przy osłabieniu sfery umysłowej łatwo mogą występować różne zboczenia mowy.

Rokowanie przy leczeniu zboczeń mowy pozostaje w związku ze stopniem niedorozwoju, oraz zmianą anatomiczną w ośrodkach słownych. Na zasadzie otrzymanych wyników ośmielam się twierdzić, że uleczalność zboczeń mowy przy idyotyzmie niezupełnym u głuptaków, oraz zacofanych, nie podlega żadnej wątpliwości.

Mowa, jak to wyżej powiedziałem, stanowi do pewnego stopnia wykładnik inteligencyi, a do jej wytworzenia się potrzebne są te same czynniki, co do rozwoju poznania. Oto powód, dlaczego przy leczeniu zboczeń mowy u dzieci z niedorozwojem należy brać jednocześnie pod uwagę rozwijanie sfery umysłowej. Leczenie niemoty polega na wzmocnieniu lub przywróceniu pamięci słownej zmysłowej, oraz skojarzeniowej w ośrodku średnim (mowa automatyczna), lub tylnym (pojęcia słowne, mowa samodzielna). Rozumie się, że leczenie niemoty, zależnej tylko od osłabienia sfery inte-

[1]) Uwarunkowana ona jest w tym razie upośledzeniem czynności ośrodków ruchowych kory, powodującem niedokładne rozgraniczenie przez podniebienie miękie jamy ustnej od jamy nosowo-gardzielowej.

[1]) Liczbę tę uważam jedynie za przybliżoną, gdyż faktycznie jest ona daleko większą, a to z powodu braku w wielu przypadkach ścisłych wywiadów, trudności, przedstawiających się przy określaniu sfery umysłowej u małych dzieci i t. d.

lektualnej, będzie łatwiejsze, aniżeli uwarunkowanej zmianą anatomiczną. Możliwość leczenia niemoty, stwierdzona tak własnem doświadczeniem, jako też i innych, nie powinna nas bynajmniej dziwić, jeśli przyjmiemy pod uwagę: 1) że pamięć słowną zmysłową lub skojarzeniową można wyrobić lub przywrócić, stosując właściwe ćwiczenia, podobnie jak to ma miejsce przy rozwijaniu sfery poznania; 2) że nawet przy zmianie anatomicznej w jakimbądź ośrodku słownym zmysłowym lub skojarzeniowym rzadko się przytrafia, aby całe jego pole uległo zniszczeniu; pozostałe więc komórki mogą wziąść na siebie rolę zastępczą: 3) że niema dobrej racyi zaprzeczać temu, aby i półkula prawa nie mogła przyjąć w tym względzie pewnego udziału. Skuteczność leczenia niemoty zależy od dokładnego określenia wszystkich wyżej omówionych jej postaci. Wytworzenie brakujących dźwięków, lub poprawienie nieprawidłowo wygłaszanych przy wadliwem wymawianiu, a łącznie z tem uświadomienie porządku następowania po sobie głosek i sylab przy bełkotaniu, stanowi zasadę leczenia obu tych zboczeń i daje zupełnie dobre wyniki. Leczenie mowy nosowej polega na usuwaniu towarzyszącego jej bełkotania, oraz odpowiedniej gimnastyce podniebienia miękiego, mającego za zadanie przywrócenie ścisłego rozgraniczenia jamy ustnej od nosowogardzielowej przy wygłaszaniu różnych dźwięków. Nawet przy skróceniu podniebienia twardego lub jego rozszczepach leczenie to znajduje swoje zastosowanie i daje dobre wyniki. Nakoniec leczenie jąkania, obok stosowania w wielu przypadkach środków, ogólnie działających na układ nerwowy, polega na usuwaniu skurczów w oddechu, głosie i artykulacyi przy pomocy odpowiednio zastosowanej świadomej gimnastyki.

O ważności leczenia zboczeńmowy przy niedorozwoju psychicznym chyba rozwodzić się nie potrzebuję. Najjaskrawiej dowodzą tego przypadki z niemotą, bełkotaniem lub mową nosową, w szczególności uwarunkowane zmianą anatomiczną, w których, pomimo nieznacznego upośledzenia sfery umysłowej, nieleczone zboczenie mowy pozostaje bez zmiany do okresu przedszkolnego, a nawet i później, uniemożebniając rozwój sfery umysłowej. Tem więcej dotyczy to zboczeń mowy u niezupełnych idyotów oraz głuptaków.

Brak miejsca nie pozwala mi na przytaczanie licznych przypadków niedorozwoju psychicznego z różnemi zboczeniami mowy. w których udało mi się przeprowadzić do końca systematyczne leczenie z zupełnie pomyślnym wynikiem. Interesujący się tym przedmiotem czytelnik znajdzie je w siedmiu drukowanych przyczynkach do nauki o zboczeniach mowy. (*Medycyna* 1893, 94, 95, 96, 97, 98, 99), jak również w wyżej pomienionych pracach, dotyczących stosunku porażeń mózgowych, oraz niedorozwoju, do różnych kategoryj zboczeń mowy.

Z tego, co dotychczas powiedziałem, wynika. że zboczenia mowy pozostają w ścisłym związku z niedorozwojem psychicznym tak pod względem przyczyny, jako też i metody leczniczej, że lekarz zajmujący się zboczeniami mowy winien być obeznany z ich patogenezą, a zakład dla zboczeń mowy jest jednocześnie nieodzowną instytucyą dla dzieci upośledzonych umysłowo, tembardziej, że najcięższe postacie zboczeń mowy, a mianowicie uwarunkowane zmianą anatomiczną, zazwyczaj bywają tu kierowane. Zwiedzając zakłady zagraniczne dla idyotów, bardzo często, szczególniej we Francyi, spotykałem dzieci wprawdzie posunięte pod względem umysłowym, ale nieme lub bełkocące mimo to, iż według mego doświadczenia przypadki te najzupełniej nadawały się do leczenia. Pochodzi to ztąd, że bardzo rzadko lekarz, obeznany z patologią mowy, jest zarazem kierownikiem zakładu dla dzieci umysłowo upośledzonych. Stanowi to bezsprzecznie ujemną stronę zakładów francuzkich, obok niewątpliwie wielkich ich zalet pod względem pedagogicznym.

III. *Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie, podał Dr. Rafał Spira*).*

Salus publica suprema lex.

Mowa jest najważniejszem narzędziem nauki, jest pierwszorzędnym pośrednikiem wykształcenia i postępu, niezbędną podstawą umysłowości. Przyczynia się ona również do wyższego rozwoju pojęć i myślenia w tej mierze, że bez niej człowiek nigdy nie może osiągnąć pewnego stopnia rozwoju umysłowego. Nierozdzielny węzeł łączy ducha z mową i właściwości pierwszego wyciskają się niezatartem piętnem na drugiej. Znany uczony niemiecki Momsen, poświęca mowie następujące słowa: „żadna inna czynność nie wiąże się tak z istotnym warunkiem ducha ludzkiego; ciemny z urodzenia, choćby się i nie nauczył rachunków, byłby wprawdzie człowiekiem nader ułomnym, człowiekiem przecież...; lecz kto się urodził niemym, ten jest niemal zupełnie bezmyślny i na odwrót, kto się urodził z umysłem tępym, niezdoła także mówić; a gdy całe nasze myślenie i nauka drogą mowy nabywać się musi, to nie dziw, że czyja zdolność mowy jest spotęgowana, bywa także zdolniejszym do myślenia i do uczenia się. Za tem rozwojem naszej mowy najwłaściwiej zaznacza się ostateczny wynik naszego ludzkiego wykształcenia“. Mowa służy do zbliżenia ludzi do siebie, do wzajemnego sobie udzielania wrażeń, a pośrednio do gromadzenia się w społeczeństwa, narody, przez wspólne interesa, dążenia i cele, wspólny język, wspólne dzieje i wspólne rozwinięcie się duchowe. Dla tego też mowa jest najznaczniejszą i najdosadniejszą cechą, odróżniającą człowieka od zwierzęcia, a stopień rozwoju języka i piśmiennictwa, słusznie jest uważany jako skala dla oznaczenia stopy umysłowego rozwoju narodu. Język jest bowiem arką przymierza narodu, w której on złożył, jak mówi poeta: „swych myśli przędzę i swych uczuć kwiaty.“

Najwybitniej i najwznioślej występuje siła mowy w porywającym wpływie dzielnego mowcy, czy to będzie z katedry nauczycielskiej, kaznodziejskiej, z trybuny politycznej lub też przed czołem zastępów wojennych. Historya wszystkich wieków i narodów wykazała nam niezliczone przykłady tej żywiołowej czasem potęgi porywającej nieprzepartą siłą całe rzesze do czynów nadludzkich, bohaterskich, ofiarnych i szlachetnych, którą za pośrednictwem mowy wywrzeć można.

Trafnie też wyraża się Oettinger o mowie: „Jakże zresztą lekceważyć mowę, ów pierwszy bezpośredni objaw wcielającego się ducha ludzkiego, owego lotnego gońca myśli i uczuć, natchnionego wprost ich promiennem światłem, ich żywotnem ciepłem; ową pierwotną, powiewną, a przytulną szatę, ulaną na samym duchu, co się z nim tak ściśle zrosła, że cała nim przesiąkła, że z nim nierozdzielną niemal stanowi jedność, że się nawet oderwać nie daje bez dotkliwego dlań uszczerbku. Boć przez mowę dopiero myśl się rozwija, kształci, urabia i jakby w kryształowem przeźroczu uwidomia; dla tego język jest czemś więcej daleko, niż prostą, zewnętrzną, łatwo zrzucalną powłoką, lecz jest poniekąd już samym uosobionym duchem narodu, jest niewyczerpaną skarbnicą jego bogactw.“

*) Według wykładu mianego w Sekcyi laryngologiczno-otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

To osobnicze, jako też społeczne i historyczne znaczenie zawdzięcza mowa zmysłowi słuchowemu, za którego pośrednictwem dopiero może ona wywierać swój wpływ na umysł ludzki, budząc wyobraźnię, pojęcia, uczucia i myśli. Słuch jest dopiero tem narzędziem, które umożliwia udzielenie się bliźnim, wzajemne się porozumienie i współdziałanie za pomocą mowy. Z tego wynika olbrzymia doniosłość słuchu dla osobnika i dla ludzkości. Więcej niż inne zmysły przyczynia się słuch do wykształcenia umysłu i serca. Za pomocą słuchu słyszymy nietylko szmery, dźwięki i mowę ludzką, lecz także pojmujemy i samą myśl (Billon).

Zmysły wogóle są to furty, któremi wrażenia świata zewnętrznego dostają się do świadomości, wytwarzając wyobrażenia i pojęcia, podstawy myślenia i rozumowania. Niesprawne zmysły wytwarzają niedokładne wrażenia i niejasne pojęcia, a zatem nielogiczność w myśleniu i spaczoną poczytalność. Najbardziej jednak głuchota wyciska swoje piętno na całej istocie nietylko fizycznej, lecz i duchowej dotkniętych nią osób. Rall powiada: „L'ouie est le plus intellectuel de tous les sens." Mantegazza w swojej „Higienie zmysłów" nazywa słuch „zmysłem społecznym *par excellence*." Słuch pośrednicząc w uprzystępnieniu harmonij tonów do serca ludzkiego, jest źródłem niewysłowionych rozkoszy. Wpływ muzyki na nastrój duchowy powszechnie jest znany. Nic tak nie trafia do duszy, jak piękny i dźwięczny śpiew i wzruszająca muzyka; muzyka budzi i na wierzch wydobywa drzemiące w głębi duszy szlachetne uczucia oraz natchnienia. Nic nie daje się porównać do czarodziejskiej potęgi śpiewu: „In der Harmonie der Töne löst sich alle Disharmonie des Daseins woltuend auf;" to też poeci wszystkich prawie czasów i narodów opiewają potęgę tego daru boskiego. Leon Scott nazywa słuch „cudem cudów;" Vigna porównując słuch z innymi zmysłami powiada: „bez zmysłów dotyku, powonienia, smaku i wzroku przedmioty nie straciłyby twardości i innych własności dotykalnych; woń kwiatów nie przestałaby istnieć, rozpuszczalność pewnych substancyj nie zginęłaby, a światło nie zgasłoby i świąt nie okryłby się pomroką i ciemnością, gdyby wszystkie istoty żyjące były ślepe. Dźwięk zaś będąc tylko objawem i skutkiem słuchu, nie jest przedmiotem uchwytnym i nie mógłby istnieć bez zmysłu słuchowego. Bez słuchu zostałyby tylko zwyczajne fale i ruchy powietrzne nie wywołując nigdy tonu."

Znaczenie słuchu, jak wogóle zmysłów dla umysłu i pojętności poznano i oceniono należycie już w starożytności. Aristoteles powiada: „Nihil est in intellectu, quod prius non fuerit in sensu" Pliniusz twierdzi, że życie umysłowe zasadza się na słuchu i uważa głuchoniemych za umysłowo nieudolnych. Justynian odmawia w swoich „Institutiones" głuchoniemym i obłąkanym wszystkich praw obywatelskich: „Quia mente carent, quoniam mentem non habent." Głuchoniemych uważano za małoletnich i od Justyniana aż do naszych czasów prowadzą spór prawnicy, czy należy głuchoniemym zezwalać na związek małżeński. Historya porównawcza piśmiennictwa poucza, że rozum ma te same granice, co mowa. Z tego też powodu zdolność pojęcia u głuchego jest ograniczona. Inteligencya głuchoniemego leży w ramach mowy. Słuszną czyni Lecat uwagę, że głuchoniemota równa się przedwczesnej śmierci, ze względu na znakomity udział słuchu w rozwoju rozumu.

Zgubny wpływ tępoty słuchu na władze umysłowe objawia się dosadnie i odbija się wybitnie we wszystkich stosunkach życiowych. Głuchy wycofuje się z towarzystwa, stroni od wesołych zabaw, ogranicza swoje stosunki z ludźmi i zupełnie odcięty od świata, staje się tem smutniejszym, przygnębionym i więcej nieszczęśliwym od ślepego. Ślepy nigdy nie jest sam, znajduje pociechę w głębi lasów w szeleście liści, w brzęczeniu owadów, cieszy się, jeżeli ktoś do niego się zbliża i w przyjemnej rozmowie może zapomnieć o swem kalectwie i nieszczęściu. Głuchy natomiast zawsze jest opuszczony, osamotniony bez troskliwego uprzejmego obcowania, pozbawiony rozkoszy słów przyjaznych i serdecznych otoczenia. Ślepemu brak światła i widoków, głuchemu brak głównego zmysłu życia społecznego i towarzyskiego. Głuchota jest jedną z wad cielesnych, które czynią człowieka odludkiem i niekiedy pociągają za sobą wady umysłowe. „Głuchy jest bezwątpienia tysiąc razy nieszczęśliwszy od ślepego" powiada Mantegazza. „Duch głuchych objęty jest wiecznym snem. Wykształcony ślepy jest obcym w świecie fizycznym, wykształcony głuchy jest obcym w świecie duchowym" (Bonnafont). Historya poucza, że ślepi są więcej inteligentni niż głusi; dzieje oświaty wykazują, że ślepo urodzony może osiągnąć nieraz wysoki stopień inteligencyi, może się odznaczyć pewnemi zdolnościami umysłowemi i artystycznemi; między ślepymi znajdujemy wielką liczbę sławnych ludzi na polu nauki, sztuki i przemysłu tak, że się zwykle mówi: pilny, uważny, zastanawiający się i głęboki — jak ślepy. Nigdy zaś czegoś podobnego nie zauważano u głuchoniemego z urodzenia, z wyjątkiem jednego Berthier, który pomimo że był głuchoniemy, ogłosił pracę literacką.

Rozdrażnienie nerwowe i usposobienie posępne, które często temu kalectwu towarzyszy, wyradza nierzadko różne psychozy. Najczęściej prowadzi do zboczeń umysłowych, występujących w postaci omamów lub złudzeń słuchowych. Osłabienie słuchu powoduje niedokładne wrażenia w ośrodku zmysłowym podkorowym i stanowi punkt wyjścia dla mylnych wyobrażeń w ośrodku korowym i w następstwie prowadzi do omamów. Nieporozumienia wynikłe ze złego słyszenia dają często powód do przykrych a czasem i gwałtownych scen. (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

Prof. Wassermann. **O przyczynach odporności przyrodzonej względem pewnych zakażeń.** *(Deutsch. med. Wochs.* Nr. 1, 1901). Powszechnie znaną jest rzeczą, że wrażliwość na pewien rodzaj zakażenia bywa bardzo rozmaitą u różnych gatunków zwierząt, jakoteż i u różnych osobników tegosamego gatunku. Tę przyrodzoną (naturalną) odporność tłómaczono głównie w dwojaki sposób: jedni za wzorem Miecznikowa sprowadzali ją do znanej teoryi fagocytozy; drudzy, głównie Niemcy, stwierdzając, iż niejednokrotnie bakterye giną w ustroju bez przyczynienia się fagocytów, odnosili odporność przyrodzoną do bakteryobójczego działania soków ustroju w myśl teoryi „humoralnej", stanowiącej podstawę leczenia surowicami. Opierano się przytem na spostrzeżeniu, że surowica zwierząt odpornych zabija bakterye także „in vitro" — poza ustrojem, a to wskutek zawartych już w prawidłowej surowicy aleksynów. Głównym teoryi „humoralnej" autorem był Buchner. Teorya Buchnera spotkała się jednak z krytyką (Baumgarten, Fischer i inni), opierającą się na tem, że z działania surowic „in vitro" nie można wnosić o działaniu ich w ustroju, i że nie zawsze surowica zwierząt z natury odpornych posiada in „vitro" bakteryobójcze działanie. W doświadczeniach własnych, zmierzających do rozstrzygnięcia spornej tej sprawy, oparł się W. na zdobyczach, uzyskanych przy badaniu surowic zwierząt sztucznie uodpornionych. Surowice te, posiadające swoiste bakteryobójcze własności, zawierają, jak się okazało, dwie odrębne substancye, z których jedna (Zwischen = albo Immunkörper Ehrlicha, substance sensibilatrice Bordeta) ściąga drugą, (Complement Ehrlicha) ku bakteryom, mającym uledz zagładzie. Pierwsza substancya znajduje się obficiej tylko w surowicy zwierząt sztucznie uodpornionych; druga, mająca cechy trawiącego bakterye enzymu, istnieje zawsze w znacznej ilości w surowicy zwykłej, jest więc tem samem, co aleksyna Buchnera. Otóż okazało się, że można sztucznie wytworzyć substancye, przeciwdziałające aleksynom, to jest antyaleksyny, (względnie antykomplementy), np. u królika można wytworzyć substancyę, przeciwdziałającą aleksynom krwi morskich świnek, zapomocą wielokrotnych wstrzykiwań zwykłej surowicy z morskich świnek owemu królikowi. Wassermann wniósł zatem z tego, że zapomocą takich antyaleksyn (powstałych np. w krwi królika) powinnyby aleksyny (w prawidłowej krwi morskich świnek) dać się związać, zobojętnić, — a wówczas powinnyby tak przygotowane świnki ulegać łatwo zakażeniu, wobec którego przedtem były odporne. Gdyby tak było, wówczas zyskałoby się stanowczy dowód, że teorya Buchnera co do odporności naturalnej jest słuszną. I otóż doświadczeniem dało się to rozumowanie W. sprawdzić i potwierdzić. Swinki morskie, (które są z na-

tury odporne na dur), zaszczepione prątkami durowymi i zwykłą surowicą królika, pozostawały przy życiu; natomiast świnki, zaszczepione tąsamą dawką hodowli durowej i surowicą królika, w której we wspomniany sposób wytworzono antyaleksyny, ginęły wkrótce na ogólne zakażenie prątkiem durowym. Podobne wyniki dały doświadczenie z gronkowcami. Ztąd wniosek, zdaje się niezbity, że odporności naturalnej przyczyną główną jest obecność w ustroju aleksyn, (czyli komplementów według określenia Ehrlicha). Oczywiście jest rzeczą praktycznie bardzo doniosłą, czy ustrój zawiera te aleksyny w dostatecznej ilości, a więc byłoby bardzo pożądane wykryć sposób, zapomocą którego możnaby zapas aleksynów ustroju dokładnie ilościowo określać; tem większe znaczenie miałoby rozstrzygnięcie pytania, czy ilość aleksynów w ustroju można — i w jaki sposób — sztucznie zwiększyć. *Ciechanowski.*

Prof. Loeffler i Uhlenhuth. **O szczepieniu ochronnem przeciw zarazie pyskoworacicznej,** w szczególności o surowicy ochronnej dla nierogacizny i owiec. *(Deuts. med. Wochs.* 1901, Nr. 1). Ze względu na stwierdzone przenoszenie się zarazy pyskoworacicznej z bydła na ludzi zasługuje praca L. i U. na uwagę lekarzy. Autorowie podają, że w zakładzie higienicznym w Gryfii zdołano wytworzyć surowicę, zapomocą której można uodpornić nierogaciznę przeciw następnemu sztucznemu, jak i naturalnemu zakażeniu. Surowica ta działa także korzystnie u bydła rogatego, ale dopiero w bardzo wielkich dawkach, z tego względu nie nadaje się u bydła do zastosowania na szerszą skalę. Natomiast można z jej pomocą pewnie i szybko przerwać szerzenie się zarazy wśród owiec i nierogacizny. (Otrzymywanie surowicy, wyrabianej w odpowiedniej jakości przez fabryki farb w Höchst, jest według autorów bardzo trudne). *Z.*

Ráskai. **W sprawie patogenezy rzeżączkowego zapalenia przyjądrza.** *(Deut. med. Wochs.* 1901, Nr. 1). Wyhodowawszy z ropnia przyjądrza, powstałego w miesiąc po ostrem zapaleniu, a wogóle rzadko się zdarzającego, jadowite dwoinki rzeżączkowe, zwalcza R. do dziś dnia gdzieniegdzie utrzymujące się zapatrywanie, że drobnoustrój ten nie jest jedyną i wyłączną przyczyną powikłań rzeżączki, zwłaszcza późno występujących. *Z.*

Prof. Deycke. **W sprawie etyologii dyzenteryi.** *(Deut. med. Wochs.* 1901, Nr. 1). Autor spotykał stale i obficie w przypadkach dyzenteryi w Konstantynopolu prątki, podobne do prątków durowych. Koty, żywione czystą hodowlą tych prątków, ginęły po 1—3 dniach na klinicznie i anatomicznie typową dyzenteryę. Pełzaków (ameb) nie spotykał D. w dyzenteryi ani u kotów, ani u ludzi. *C.*

Marcus. **W sprawie przechodzenia bakteryi przez ścianę jelit.** (*Wien. klin. Wochs.* 1901, Nr. 1). W przypadkach zakażeń ogólnych bez znanego punktu wyjścia uciekano się często do przypuszczenia, że wrotami zakażenia są w tym razie jelita, przez których ściany, jak sądzono, łatwo w głąb ustroju dostają się bakterye np. już wskutek zastoju kału. Doświadczenia niektórych autorów np. Posnera i Lewina, zdawały się to przypuszczenie potwierdzać. Już przy stosunkowo nieznacznym, doświadczalnie wywołanym zastoju kału miała, zdaniem tych autorów, ściana jelita przed wystąpieniem zmian makroskopowych i mikroskopowych stawać się dla drobnoustrojów przepuszczalną, wskutek czego ulegał zakażeniu narząd moczowy, a nawet cały ustrój. M. już w dawniejszych swych badaniach wykazał, że występujące po podwiązaniu kiszki grubej zakażenie ogólne nie jest skutkiem wpływu zastoju kału, ale mechanicznego uszkodzenia ścian jelita i tkanek sąsiednich przez podwiązkę i t. p. Zakażenie zaś narządu moczowego u zwierząt, którym zamknięto ujście odbytu i cewki moczowej wspólnym szczelnym opatrunkiem również nie jest skutkiem zastoju kału, lecz przedostawania się bakteryi z kałem popod opatrunkiem z odbytu do dróg moczowych. Jeżeli się nie posługuje takimi błędnymi sposobami, to dochodzi się do wyników zgoła odmiennych, mianowicie do wniosku, że sam zastój kału (bez wpływów ubocznych) niełatwo wywołuje przechodzenie bakteryi przez ścianę jelita, a jeżeli się to zdarzy, to odbywa się stosunkowo bardzo powoli przez stopniowe, warstwowe przerastanie bakteryi w ścianę jelita. Wynik taki otrzymał np. Buchbinder w sposób następujący: przez wsunięty w jelito głęboko cewnik wprowadzał on bakterye do pewnego odcinka jelita, odcinek ten zamykał z obu stron i badał, po jakim czasie pojawią się bakterye na powierzchni surowiczej tego odcinka. Otóż pojawiały się one dopiero po długim czasie, kiedy czynność ścian jelita uległa ciężkim zaburzeniom (porażeniu, stwierdzonemu zapomocą badania pobudliwości elektrycznej). M. w stu przeszło doświadczeniach, zamykając szczelnie odbyt, i osobno szczelnie tamując odpływ moczu, przekonał się również, że sam zastój kału, nawet znaczny, nie prowadzi do przechodzenia bakteryi przez ściany jelit i zakażenia ogólnego, ani dróg moczowych. *Ciechanowski.*

Prof. Schmidt. **Usterki flaszek do karmienia niemowląt i sposób ich usunięcia.** *(Münch. med. Wochs.* 1900, Nr. 1). Usterki flaszek do karmienia niemowląt dadzą się krótko zebrać w następujący sposób: pokarm wypływa z nich zbyt łatwo, gdyż przy użyciu siły ssącej kilkakroć mniejszej, niż z piersi matki (jak to wykazały dokładne pomiary manometryczne). Następstwem tego jest przepełnienie żołądka, a wskutek tego, że dzieci nie nużą się ssaniem, — płacz, wywołujący łatwo wymioty. Jeżeli niemowlę ssie silnie, wówczas nasadka gumowa flaszki łatwo się spłaszcza i zupełnie pokarmu nie przepuszcza. Dalej ważnym bardzo błędem jest to, że ssąc flaszkę, dzieci połykają bardzo dużo powietrza w chwili, gdy dziecko nasadkę z ust wypuszcza, co następuje ciągle, bo tylko przez nasadkę może dostać się powietrze do flaszki i wyrównać ubytek ciśnienia wewnątrz flaszki, wywołany przez ssanie a tamujący dalszy wypływ pokarmu. Wskutek tej usterki nietylko dziecko ssie niejednostajnie, ale także połykane powietrze rozdyma bardzo żołądek. Tą ostatnią wadę flaszek starano się usunąć przez dodanie wentylów, wpuszczających powietrze do flaszki w miarę potrzeby przez osobny otwór. Wentyle te jednak powinny się dać stósownie nastawiać (w miarę siły ssącej, jaką dziecko rozwija), o czem dotąd nie pomyślano. S. podaje więc nasadkę niepodatną (aby się nie spłaszczała) ze szczelinowatymi otworami na szczycie, a bardzo prostym wentylem z boku w postaci otworu o grubym brzegu, zamykanego aluminiową stożkowatą śrubą ciaśniej lub luźniej. Wentyl ten działa dzięki sprężystości kauczuku. Z początku ssania wentyl jest zamknięty; skoro dziecko ssać pocznie, otwiera się go zwolna do potrzebnego stopnia. Po ssaniu łatwo całą nasadkę wyjałowić gotowaniem i t. p. Dobroć przyrządu wypróbowano w klinice w Bonn[1]). *Z.*

M. W Herman. **Kilka słów w sprawie aseptyki cewnikowania.** (*Nowiny lekarskie* Zeszyt 1. 1901). Cewniki metalowe i miękie gumowe (Nelatona) napewno możemy wyjałowić przez gotowanie we wrzącej wodzie. Pewną trudność w wyjałowieniu sprawiają cewniki elastyczne jedwabne, bez ktorych w praktyce lekarskiej dla ich zalet obejść się nie można. Używane do odkażania roczyny wodne kwasu karbolowego 3 i 5%, lisol 2%, roczyn sublimatu, kwas siarkowy, formalina, a do wyjałowienia gorąco suche, para przegrzana wyżej 100°, para wodna, woda wrząca nie nadają się do tego celu, a to dlatego, że jedne ze wspomnianych roczynów niszczą te cewniki, inne nie odkażają na pewno, a niektóre z nich, jak np. formalina, niedadzą się dokładnie zmyć z powierzchni cewnika, przez co drażnią błonę śluzową cewki i wywołują jej zapalenie, — wyjałowienie zaś sposobami wspomnianymi wymaga bądź użycia osobnych niedogodnych przyrządów, bądź też, jak np. woda wrząca, niszczy najlepsze nawet wyroby. Idzie o to, że niejednokrotnie zmuszeni jesteśmy wprowadzanie cewnika powierzyć samemu choremu,

Autor używa do wyjałowienia nasyconego roztworu wodnego siarczanu amonowego (zaleconego niedawno przez Elsberga do wyjałowienia katgutu), w którym bez szkody gotować można cewniki Nelatona i jedwabne przez kilka nawet godzin; co więcej nabywają one przez to pewnej miękości i elastyczności, jakiej przedtem nieposiadały i własności te stale zachowują. Nawet kilkadziesiąt razy gotowane nie zmieniają się zupełnie, a wyjęte wprost z roczynu i wprowadzone do cewki niedrażnią jej.

W zakończeniu swej pracy podaje autor przepisy, jakich przestrzegać trzeba, by uniknąć zakażenia pęcherza z sąsiedztwa. Znane zresztą przepisy: obmycie dokładne napletka i żołędzi, wystrzykanie cewki wodą borową, pokrycie części rodnych i ich sąsiedztwa gazą sublimatową lub wyjałowioną, a wreszcie dokładne obmycie i odkażenie rąk. Do natarcia cewnika używa autor wyjałowionej waseliny, a po odpuszczeniu moczu, nawet wtedy, gdy niema objawów nieżytu pęcherza, radzi przepłókać go wodą borową i pozostawić kilkanaście jej gramów w pęcherzu. *Dr. Żydłowicz.*

Edmund Stern-Mannheim. **Wrzód twardy, umiejscowiony na skórze szyi.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Tom LIII, 1 z., 1900). Autor opisuje przypadek kiły pierwotnej na skórze, szyi u kobiety, cierpiącej na przewlekły wyprysk sączący twarzy, szyi i kończyn górnych. Na granicy porostu włosów, po lewej stronie szyi, znajduje się wrzód okrągły, średnicy przeszło 5 cm., o dnie naciekłem i pokrytem wydzieliną ropną; — brzegi jego wyniosłe nad powierzchnię skóry na wysokość 1 cm., chrząstkowato twarde. Gruczoły sąsiednie (poza tylnym brzegiem mięśnia mostkosutko-obojczykowego) po odpowiedniej stronie swoiście obrzękłe. Przy leczeniu miejscowem (plaster rtęciowy) zmiana pierwotna zagoiła się w zupełności, nawet bez pozostawienia blizny; dowód, że nawet

---

[1]) Do nabycia u Ollendorff-Wildena, Bonn. Friedrichsplatz, po 1 M. 25 fenig.

największe wrzody pierwotne mogą po wyleczeniu nie pozostawić po sobie i śladu. W okresie wybuchu kiły drugorzędnej (postać plamisto-guzkowa) dlatego leczono chorą wstrzykiwaniami podskórnemi rozczynu sublimatu, że leczenie wcieraniami pogorszyłoby niewątpliwie wyprysk. Sposobu, w jaki do zakażenia jadem kiłowym przyszło, nie udało się wykazać. Kiła pierwotna i pierwsza wysypka była u chorej w r. 1890; w r. 1891 i 1893 wystąpiły nawroty pod postacią rozległych kłykcin sączących w jamie ust i w okolicy odbytu, a w r. 1894 zapalenie kiłowe tęczówki. *Dr. Władysław Żydlowicz.*

Osipoff. **Wpływ zatrucia jadem kiełbasianym na ośrodkowy układ nerwowy.** *(Annales de l' Inst. Pasteur* 1900, Nr. 12). Właściwą przyczynę zatrucia jadem kiełbasianym *(botulismus)* wykrył dopiero r. 1895 Ermengem w postaci prątka bezpowietrznego (anaerobius), nazwanego przez odkrywcę *bac. botulinus.* Ze względu na występujące w zatruciu kiełbasianem objawy nerwowe zajęło się kilku autorów badaniem zmian anatomicznych w mózgu i rdzeniu, dochodząc do wyników między sobą sprzecznych. Z tego względu podjął O. doświadczenia na zwierzętach z czystymi jadami, wydzielonymi z hodowli swoistego prątka i doszedł do następujących wyników. Zapomocą jadów *b. botulinus* można wywołać doświadczalnie u świnek morskich, kotów i małp takiesame ciężkie objawy nerwowe, jakie występują w zatruciu kiełbasianem u człowieka. Podstawa tych objawów są znaczne zmiany w naczyniach i komórkach nerwowych. Zmiany w komórkach nerwowych, dające się wykazać zapomocą barwienia sposobem Nissla, nie są swoiste, t. j. nie różnią się jakością od zmian, wywołanych przez różne inne jady np. błoniczy lub tężcowy, jedynie wydają się być znaczniejsze. *C.*

Gluziński (Lwów). **W sprawie leczenia trawiennego (peptycznego) wrzodu żołądka.** *(Odczyty kliniczne,* serya XII; zeszyt 8). Na podstawie materyału sekcyjnego i licznych spostrzeżeń klinicznych twierdzi autor, że w etyologii powyższego cierpienia pierwszorzędną odgrywają rolę następujące czynniki: a) mechaniczne i chemiczne urazy, wywierane na błonę śluzową żołądka. Tu należą błędy dyetetyczne, gwałtowne wymioty, spożywanie nadmiernych ilości drażniących płynów i t. d. b) Ogólne stany chorobowe, sprowadzające zmiany w składzie krwi i naczyń: — białaczka, choroba Werlhoffa, czasem wązkość tętnicy głównej. c) Miejscowe (w obrębie żyły wrotnej) lub ogólne zaburzenia w krążeniu, jeśli równocześnie istnieją zmiany w ścianach naczyń, — wady sercowe, schorzenia narządu oddechowego, miażdżyca tętnic i t. d. d) Choroby zakaźne i wreszcie e) uszkodzenia zewnętrzne. Z tych kilku punktów łatwo wysnuć całe postępowanie zapobiegawcze; trudno atoli oddać w krótkiem streszczeniu nader wyczerpująco opracowane postępowanie lecznicze. Dlategoteż referent może się ograniczyć do podkreślenia jedynie najważniejszych zasad, zawartych w tej bardzo pouczającej rozprawce: — więc w przypadkach z upośledzoną mechaniczną czynnością żołądka, a nadmiernem wydzielaniem kwasu żołądkowego należy zalecić odpowiednią dyetę, uwolnić żołądek od zastoju pokarmów i podać środki, obniżające kwasotę żołądkową. Jeśli przy takim sposobie leczenia wynik jest dobry, wówczas jasną jest rzeczą, że stagnacya pokarmów była tylko przejściową i jest następstwem czynnościowego a nie mechanicznego zwężenia odźwiernika, — w ostatnim przypadku wskazany jest zabieg chirurgiczny i to im wcześniej, tem lepiej. Po usunięciu przeszkody mechanicznej należy postępować w myśl powyżej przytoczonych wskazówek. Wrzody żołądkowe, przechodzące w nowotwory (raki), należą w równej mierze do chirurga, jak i wrzody, które przedziurawiły żołądek. Przypadki krwotoków w następstwie wrzodów żołądka można wprawdzie i to skutecznie leczyć środkami wewnętrznymi, atoli dotychczas trudno rozstrzygnąć, które przypadki krwotoków oddać w ręce chirurga, a które nie; — jedynie krwotoki przewlekłe *(ulcus haemorrhagicum)* zmuszają do chwytania się zabiegu operacyjnego. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. C. Hofmann. **O użyciu drutu do stałego zastąpienia przerw w ciągłości kości, szczególnie zaś szczęki dolnej.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1900, Nr. 46). Doświadczenie pouczyło, że drut (srebrny wzgl. posrebrzany) wgaja się bez odczynu, nawet w ranach ropiejących. Zachęcony tym faktem, użył autor drutu potrzykroć, raz celem wytworzenia ciągłości między oboma nasadami kości piszczelowej, po wyropieniu trzonu, skutkiem ropnego zapalenia szpiku kostnego, potem również celem przywrócenia ciągłości kości piszczelowej w martwicy kawałka trzonu; i wreszcie utworzył protezę ze splecionego drutu, celem zastąpienia lewej gałęzi szczęki dolnej, która uległa martwicy. Każdym razem drut się wgoił bez odczynu, a wynik funkcyonalny był doskonały. Aby nadać dostateczną sztywność drutowi, trzeba użyć go w odpowiedniej grubości i splatać. Nadto materyał ten posiada tę zaletę, że dostatecznie giętki, pozwala nadać sobie kształt potrzebny i kształt ten zachowuje. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Airol stosował Dr. M. Friedländer w leczeniu chorób wenerycznych i podaje w szczególności nową metodę leczenia rzeżączki tym przetworem. Że jod działa na gonokoki w szczególny sposób, wynika, według autora, już z tej okoliczności, iż drobnoustroje te są jedynymi, które się odbarwiają działaniem rozczynu Grama. Ponieważ zaś Airol w zawiesinie wodnej odszczepia jod, — który może działać na gonokoki niejako w chwili wydzielania się *(in statu nascendi)*, przeto użył autor tego środka do leczenia rzeżączki i zaleca następujące stosowanie: — po oddaniu moczu przez chorego przepłókuje się cewkę zawiesiną airolu (2·5—5·0 na 500·0 wody), która się znajduje w irygatorze, umieszczonym na wysokości 1 metra od wzgórka łonowego, — przy użyciu znanych nasadek Janeta. Zawiesinę należy przyrządzić świeżo, tuż przed użyciem, w ten sposób, iż nalewa się do irygatora $^1/_2$ litra wody zimnej i dodaje, ustawicznie mieszając prętem szklanym, 2·5—5 airolu. Zawiesinę wstrzykniętą w cewkę należy tam zatrzymać krótki czas, zaciskając ujście cewki. Po wypuszczeniu zawiesiny wypływa ciecz zabarwiona czerwonawo, co pochodzi od wydzielonego jodu. W ten sposób należy użyć codziennie $^1/_2$ litra wspomnianej zawiesiny do przepłókania cewki. Oprócz tego można choremu zalecić przestrzykiwania innymi rozczynami. W końcu autor nadmienia, iż airol nie leczy rzeżączki w krótszym czasie, ale pewniej. Tylko pierwsze przepłókanie jest bolesne. *(Deutsche Aerzte Zeitung,* Nr. 23, 1900) *Lemberger.*

Edel (Giessen). **O pomyślnym wyniku, otrzymanym w przypadku choroby Addisona, leczonej kołaczykami z nadnercza.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 52, 1900). U 33 letniego, zresztą zdrowego ślusarza stwierdzono typowe i wybitne cechy choroby Addisona, wobec czego podał autor kołaczyki z nadnercza. Już po kilku dniach ogólny stan chorego, podmiotowo i przedmiotowo, okazywał znaczne polepszenie, a także, w równej mierze z tą pomyślną zmianą postępowało i odbarwienie powłok skórnych, które z każdym dniem bardziej zbliżały się do stanu prawidłowego tak, że po 5 tygodniach zdołano zaledwie wyśledzić na klatce piersiowej kilka drobnych punkcików barwnikowych. Pomyślny ten stan został jednak zburzony powikłaniem w postaci zapalenia opon mózgowych, któremu chory uległ po 7-dniowej chorobie. Nadmienić jeszcze należy, że skoro od chwili pojawienia się objawów mózgowych zaprzestano podawać kołaczyki nadnercza, w krótkim stosunkowo czasie skóra przyjęła napowrót swoje poprzednie zabarwienie bronzowe. *Dr. Henryk Pisek.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie administracyjne z dnia 18 stycznia 1901.

Towarzystwo przystąpiło do wyboru Zarządu na rok 1901. Wybrano na rok jeden: na prezesa: prof. Dr. Adolfa Becka, na wiceprezesa: Dr. Adama Sołowija, na sekretarza dorocznego: Dr. Józefa Krzyszkowskiego. Na lat trzy: na sekretarza stałego: Dr. Romana Renckiego, na podskarbiego: Dr. Kazimierza Trzcienieckiego, na bibliotekarza: prof. Dr. Włodzimierza Sieradzkiego, na gospodarza: Dr. Edwarda Festenburga.

Z powodu spóźnionej pory wynik wyboru na delegatów na Walne zgromadzenie Tow. lek. galic. nie został jeszcze ogłoszony — a posiedzenie zostało odłożone.

Dr. J. Krzyszkowski sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dn. 19 grud. r. 1900.

Przewodniczący w zastępstwie kol. prof. Wachholz.

Obecnych 58 członków.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Przewodniczący Komitetu przezwyborczego, kol. Bielański zabiera głos i przedstawia zgromadzeniu listę członków przyszłoro-

cznego Zarządu Towarzystwa, zaproponowaną przez Komitet przedwyborczy, — poczem następuje wybór w sposób przepisany przez Statut, który wypadł, jak następuje:

Na przewodniczącego zaproponował Komitet kol prof. Kostaneckiego, którego wybrano 45 głosami na 45 głosujących. Na zastępcę przewodniczącego zaproponowany kol. Murdzieński otrzymał 39 głosów na 42 głosujących; wybranym został kol. Murdzieński. Na sekretarza dorocznego zaproponowany kol. W. Zydłowicz otrzymał głosów 39 na 43 głosujących; wybrano sekretarzem dorocznym kol. Zydłowicza. Kol. Gwiazdomorskiego wybrano przez aklamacyę skarbnikiem. Przed wyborem redaktora »Przeglądu lek.« zabrał głos kol. prof. Domański, a zestawiając działalność dotychczasowego redaktora oświadcza, że mu głosu nie odda. Po odpowiedzi kol. Kwaśnickiego i prof. Pieniążka uchwalono na wniosek kol. Droby przez aklamacyą wotum zaufania i wyrazy uznania dla dotychczasowego Redaktora i przystąpiono na wniosek kol. Gwiazdomorskiego do wyboru, w którym kol. Kwaśnicki otrzymał 55 głosów, a kol. prof. Domański 2 głosy (jedna kartka pusta) na 58 głosujących, wybrano zatem redaktorem kol. Kwaśnickiego. Do komisyi skontrującej weszli jednogłośnie kol. Mączka i Łepkowski. Delegatami do Tow. lek. galic. wybrano jednogłośnie kol. prof. Marsa i Gluzińskiego. Do komisyi redakcyjnej wybrano kol. Doc. Raczyńskiego 45 głosami, prof. Trzebickiego 50 głosami, prof. Rosnera. 45 głosami, prof. Jaworskiego 49 głosami.

Po ukończeniu wyborów zabiera głos kol. Bier i podniósłszy w krótkim referacie potrzebę przedsięwzięcia badań stanu zdrowia młodzieży szkolnej, stawia następujący wniosek: Tow. lekar. krak. uznaje doniosłość projektu podjęcia badań nad stanem zdrowia młodzieży szkolnej w Krakowie. Wniosek przyjęto.

Na tem zakończono obrady.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

Posiedzenie z dnia 16 stycznia r. b.

Przewodniczący kol. prof. Jordan.

Obecnych 25 członków.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol przewodniczący zawiadomił zebranych o śmierci prof. Dr. Tyrchowskiego z Warszawy i Dr. Köhlera z Poznania i skreślił w krótkości ich dodatnią działalność, a zebrani oddali przez powstanie cześć ich pamięci i uchwalili wysłać wieniec na trumnę ś. p. Tyrchowskiego, a wyraz współczucia Towarzystwu Przyjaciół Nauk Poznańskiemu i wdowie po ś. p. Dr. Köhlerze.

III. Przyjęto jednogłośnie na członka Tow. Dr. Jana Lachsa.

IV. Następuje doroczne sprawozdanie z działalności w roku ubiegłym w następującym porządku: sekretarz stały kol. Doc. Rutkowski z działalności naukowej Towarzystwa; skarbnik kol. Gwiazdomorski odczytuje sprawozdanie kasowe; kol. Doc. Łepkowski stwierdza imieniem Komisyi kontrolującej zgodność przedstawionych rachunków i wnosi o udzielenie absolutoryum kol. skarbnikowi, które też jednogłośnie uchwalono. Kol. Doc. Raczyński zdaje sprawozdanie z administracyi »Przeglądu lekarsk.« kol. Gliński w imieniu prof. Wachholza sprawozdanie Komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa-Hirscha; bibliotekarz kol. Gliński sprawozdanie ze stanu biblioteki; kol. Śliwiński z Komisyi przemysłowo-lekarskiej.

W dyskusyi nad sprawozdaniem zabiera głos kol. Nartowski a umotywowawszy swe wystąpienie, wykazuje na podstawie zebranej literatury, że ustęp jego artykułu, którego użył kol. prof. Domański do walki przeciw Redakcyi »Przeg.« nie stoi w sprzeczności z nauką, gdyż poglądy tam wymienione są poglądami ludzi, mających dziś w nauce wybitne stanowisko.

Po przyjęciu poszczególnych sprawozdań i udzieleniu absolutoryum Komitetowi zabrał głos kol. Przewodniczący i wyraził podziękowanie wszystkim, którzy w ciągu jego urzędowania czemkolwiek Towarzystwu się przysłużyli.

Kol. Kwaśnicki wyraża podziękowanie w imieniu obecnych kol. Przewodniczącemu za prace i trudy, jakich nie szczędził dla dobra Towarzystwa.

Na tem zakończono obrady. *Dr. St. Droba*, sekretarz.

VII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.)

Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.

Zestawił *Dr. Fr. Krzyształowicz.*

(Dokończenie).

Leczenie liszaja żrącego wycinaniem miejsc zajętych.

Lang (Wiedeń) przedstawia wyniki leczenia liszaja żrącego znaną swą metodą wycinania nacieków liszajowych i przeszczepiania skóry jednym ze znanych sposobów. Dotychczas miał 46 przypadków zupełnie wyleczonych, 18 z nich spostrzega już przez lat siedem od czasu wyleczenia. Zaleca więc swą metodę w przypadkach, w których nacieki dają się usunąć tym krwawym sposobem i w których możliwe jest wykonanie plastyki usuniętych części skóry.

Nélaton (Paryż) zaleca również tę metodę w pewnych przypadkach, szczególnie zaś w tych, w których można wykonać autoplastykę.

Leczenie liszaja żrącego promieniami świetlnymi.

Finsen (Kopenhaga). Leczenie polega na następujących własnościach światła: możności przechodzenia promieni w głąb skóry, zdolności wywoływania zapaleń skóry i własności zabijania drobnoustrojów. Przyrządy do celów leczniczych są tak zrobione, że ogniskują promienie, a wykluczają działanie cieplne światła, którego źródłem jest światło słoneczne lub elektryczne. Działanie bezpośrednie zogniskowanego światła na skórę cechuje się zaczerwienieniem i wytworzeniem pęcherza. Leczenie tą metodą jest bezbolesne i nie pozostawia samo przez się śladów. Wynik cechuje się stopniowem ustępowaniem zmian, które w końcu po ustąpieniu pozostawiają gładką, piękną bliznę. Leczenie trwa przeciętnie $4^1/_2$ mies. Chory musi pozostawać przez pewien czas po ustąpieniu zmian pod kontrolą, gdyż drobne ogniska, głębiej w skórze położone, mogą się po pewnym czasie powiększyć, stać się widoczniejsze, a wtedy leczenie na nowo rozpoczynać należy. Oprócz przypadków liszaja leczenie to stosowano w przypadkach tocznia rumieniowego, wyłysienia plackowatego, raka skórnego, trądzika i znamion naczyniowych — ze skutkiem dodatnim.

Petersen (Petersburg) otrzymał również znaczne polepszenia w podobnych przypadkach.

Brocq (Paryż) stwierdza u wyleczonych tą metodą jeszcze wyraźne guzki, z czego wnioskuje, że sposób ten ograniczać się będzie zawsze tylko do pewnych przypadków, w większości zaś stosować się będzie zawsze inne znane sposoby leczenia.

Ehlers (Kopenhaga) przyznaje, że metoda Finsena jest długą, żmudną i kosztowną; opłaca się jednak ze względu na trwałość wyleczenia, bezbolesność wśród leczenia i piękny wynik estetyczny.

Lang (Wiedeń) wyraża mniemanie, że sam ucisk dłużej trwający na nacieki liszaja żrącego, może sprowadzić ustąpienie zmian, o czem w paru przypadkach się przekonał; — działanie chemiczne promieni zaś ma w tym razie mniejsze znaczenie.

Audry (Tuluza) sądzi, że leczenie promieniami świetlnymi daje się stosować tylko w ograniczonej liczbie przypadków, — w większości użyć trzeba innych sposobów, szczególnie zaś wycinania i przeszczepiania metodą Thierscha.

Besnier (Paryż) broni dawnych metod leczenia, przyznając jednak wielkie zalety działaniu promieni światła; wskazuje przytem na te przypadki, leczone sposobem Finsena, w których pozostały wyraźne guzki, dające się łatwo usunąć jednym ze znanych sposobów.

Leczenie promieniami X.

Schiff i Freund (Wiedeń). Do tego leczenia nadają się przedewszystkiem przypadki chorób skórnych pasorzytniczych i te, w których do wyleczenia potrzebnem jest usunięcie włosów *(favus, trichophytiasis, pelade, lupus, foliculitis, furunculosis* i t. p.). Leczenie trwa zazwyczaj kilka tygodni do kilku miesięcy i to w takich chorobach, które były dotyczas zazwyczaj bardzo uporczywe, lub nawet nieuleczalne.

Kalomel w leczeniu liszaja żrącego.

Bertarelli (Medyolan) nie widział wcale dodatnich wyników przy wstrzykiwaniu kalomelu sposobem Scarenzio w nacieki liszaja żrącego, a sądzi, że działać może korzystnie tylko w przypadkach kiły, mylnie jako liszaj żrący rozpoznanych. Sposób ten więc może mieć tylko znaczenie środka rozpoznawczego.

Znaczenie liszaja żrącego błon śluzowych.

Dublenilh (Bordeaux). Pierwotny liszaj żrący przewodów nosowych jest bardzo częstym, co zdaje się tłómaczyć wystawieniem tych miejsc na liczne szkodliwe wpływy zewnętrzne. Z nozdrzy rozszerza się sprawa łatwo na skórę, albo wprost, albo drogami przewodów łzowych. Nierzadko widzi się również liszaj żrący skóry nosa bez zajęcia błon śluzowych; istnieje jednak nader często w tych przypadkach cuchnący nieżyt przewodów nosowych i obrzęk, czasem bardzo znaczny, gruczołów chłonnych na szyi. U dzieci zołzowatych spostrzega się często te dwa ostatnie objawy równocześnie, nieżyt nosa i obrzęk gruczołów, które, zdaniem D., mogą być łatwo i często przyczyną powstawania liszaja żrącego na błonach śluzowych, a ztąd i tak często na twarzy.

Blastomycosis humana.

Stelwagon (Filadelfia); Chory, 49 lat liczący, dostał po zadraśnięciu przez kota małego czyraka na grzbiecie ręki, trudno się gojącego i rozszerzającego się w duży naciek. W przebiegu choroby powstał ropień zimny na ramieniu. Z miejsc otwartych nacieku i ropnia wycisnąć można było ciecz surowiczo-ropną, w której badanie drobnowidowe wykazało dużo paciorkowców, nieco prątków gruźliczych i wielką ilość komórek, cechujących drożdże. S. przypisuje te zmiany działaniu pleśni *(blastomycetes)* i zwraca uwagę na podobieństwo objawów z gruźlicą.

Hyde (Chicago) przytacza dwa nowe przez siebie spostrzegane, przypadki tego rzadkiego cierpienia.

Łupanie się włosów (Trichoptilosis).

Spiegler (Wiedeń) stwierdza na mocy badań bakteryologicznych, że ta choroba włosów, jedynie u kobiet występująca, bywa wywołaną przez prątek, cechujący się ruchliwością, tworzeniem zarodników, rozpuszczeniem żelatyny; — na agarze tworzy cienką, białą błonkę, na ziemniaku cienki, żółtawy pokład. Prątek ten ma długości 3—6 n, szerokości 1 n, Przeszczepiania jego na włosy zdrowe dały wynik dodatni. Cierpienie to odróżnia się tak klinicznie, jak bakteryologiczne od podobnej choroby, „łamliwości guzowatej“ *(trichorrhexis nodosa)*.

Klepsydrowaty zanik włosów (Aplasia moniliformis, moniletrix).

Ciarocchii (Rzym). U dziecka zresztą zdrowego spostrzeżono w kilka tygodni po urodzeniu nadzwyczajną kruchość włosów tak, że wkrótce na całej głowie znajdowano tylko pnie poniżej 1 cm. ponad skórę wystające. Pieńki te łamały się przy lada dotyku i okazywały cechujące znamiona: miejsca zgrubiałe na włosie naprzemian ze zwężonemi, a w tych ostatnich znaleziono brak barwika i istoty rdzennej. W tych zaniklych miejscach włos się odłamuje. W niektórych torebkach włos skręcony, ale podobie jak powyższe, zmieniony. Skóra nie przedstawia pod drobnowidem cechujących zmian, a rozpoznać można tylko ten ważny szczegół, że włosy już w torebkach włosowych okazują powyższe zniekształtnienia. Goląc włosy tak zmienione w pewnych stałych odstępach czasu spostrzedz można, że w każdym włosie tworzy się już w 24 godzinach zwężone i rozszerzone miejsce.

Grzyb woszczynowy (Achorion favi).

Truffi (Medyolan) przypuszcza istnienie kilku gatunków grzyba woszczynowego, — otrzymał bowiem w pewnych przypadkach z hodowli starszych białe hodowle puszyste, różniące się od zwyczajnych i cechujące się innem rozradzaniem, jakoteż dobrym wzrostem na pożywkach cukrowych.

Unna (Hamburg) sądzi, że jedynym sposobem wykazania wielopostaciowości grzyba jest przeszczepianie go na skórę tego samego osobnika.

Sabourand (Paryż) stwierdza, że każdy grzyb woszczynowy jest wielopostaciowy i każda postać przeszczepiona na skórę daje objawy o różnem wejrzeniu. Jest jednak możebnem otrzymanie z chorego jednej oryginalnej postaci.

Wielopostaciowość pasorzytniczych grzybów skóry.

Bodin (Rennes). Przez wielopostaciowość rozumiemy zazwyczaj dwie cechy: różnice w wejrzeniu hodowli na różnych pożywkach i różne postacie wzrostu, które zachowują pewne rodzaje grzybów w jakiejkolwiekbądź pożywce. Ten ostatni szczegół może dać powód do znacznych pomyłek, gdy nie jest dokładnie zbadanym. Przeszczepianiem grzyba, pojawiającego się na skórze koni *(trichophyton equi)*, otrzymać można trzy różne postacie: 1) *endoconidium*, którą dostajemy z włosów w postaci hodowli gołej, 2) *acladium*, postać puszysta, powstająca, gdy pierwszą hodujemy dłużej przy 35°C., wreszcie 3) postać *oospora*, tworzy się wtedy, gdy hodowlę trzymamy poniżej 25°C. i gdy warunki zewnętrzne ciągle się zmieniają; — wtedy powstają wysypki o typie *streptothrix*. Ta ostatnia postać przeszczepiona wywołuje u konia plackowate wyłysienia, które dają hodowle o tej samej postaci. Z tego wynika, że jeden i ten sam grzyb może dać przy sztucznem hodowaniu różne postacie, które wywołują i różne zmiany chorobowe.

Balzer (Paryż) widział w pewnych przypadkach przekształcanie się grzyba o dużych zarodnikach *(Tr. megalosporon)* w postać Audonina (*mikrosporon*).

Sabourand (Paryż) wyjaśnia, że drobność zarodników nie jest cechą właściwą gatunku t. zw. „mikrosporon“, a znamieniem jest pień rozgałęziony wewnątrz włosa. Z końcem choroby widzieć można dość duże zarodniki, hodowla jednak będzie zawsze cechującą dla tego gatunku grzyba.

Naczyniaki u starców.

Dubrenilh (Bordeaux): Naczyniaki są bardzo częste u starców pod postacią małych plam, wybitnie czerwonych, ograniczonych i nieco wyniosłych. Guzki te nie dają się zmniejszać przez ucisk i nie krwawią przy ukłóciu. Nie zdają się być jednak w związku z przedwczesnem starzeniem, chociaż pojawiają się dopiero po 40 r. ż., lub też z istnieniem jakichś chorób ustrojowych. Badanie drobnowid. wykazuje w górnych warstwach skóry właściwej rozszerzoną siatkę naczyń włosowatych, oddzieloną od naskórka warstwą skóry właściwej. Naczynia włosowate wypełnione są krwią, zawierają stosunkowo dużą ilość ciałek białych, co zdaje się być następstwem zwolnionego biegu krwi.

Przyczyna odbarwień skóry (vitiligo).

Gaucher (Paryż) spostrzegał w wielu przypadkach tego cierpienia zaburzenia w przemianie materyi i białkomocz. Przypuszczając także możliwość powstawania plam odbarwionych skutkiem przyczyn nerwowych, twierdzi, że należy rozdzielić wszystkie zmiany barwikowe na objawowe, czyli odżywcze, na tle nerwowem i na zmiany powstałe skutkiem zatrucia. W tych ostatnich zaś rozróżnia: 1) zabarwienia skóry z zatrucia (*melanodermia arsenicalis*), 2) odbarwienia skutkiem działania toksyn drobnoustrojów (*leucoderma syphil.*) i 3) właściwe odbarwienia skóry *(vitiligo)*, pochodzące z samozatrucia, a pozostające w związku z zaburzeniami w odżywieniu.

Patologia wrzodu stwardniałego.

Ehrmann (Wiedeń). Przez nastrzykanie sztuczne naczyń krwionośnych i chłonnych zmiany kiłowej pierwotnej dochodzi do wniosku, że jad kiłowy przechodzi z początku przedewszystkiem drogami chłonnemi i zadrażniając naczynia włosowate, otaczające naczynia chłonne, powoduje wysięk ciałek wypocinowych. Jako wynik tych spostrzeżeń próbował dyfuzyę elektryczną sublimatu do wrzodu stwardniałego i przez to miał powstrzymywać rozwój zmian następowych.

Badanie anatomo-patologiczne i bakteryologiczne naczyń chłonnych w chorobach wenerycznych i w kile.

Nobl (Wiedeń). Badania doprowadziły do wyniku, że przy rzeżączce ostrej istnieją zmiany powierzchownych dużych naczyń chłonnych błony śluzowej, pod postacią albo zboczeń w ich blaszce wewnętrznej *(endo-lymphagoitis)*, albo też w blaszce zewn. *(adventitia)*. Sprawę tę uważa N. za swoistą dla rzeżączki, wywołaną osiedleniem się dwoinek Neisserowskich w komórkach śródbłonka. Przy wrzodzie stwardniałym wytwarza się także zapalenie ścian naczyń chłonnych i ich naczyń włosowatych, leżących w luźnej tkance, otaczającej naczynia. Przy wrzodzie miękim zapalenie ropne ścian nacz. chłon. zdaje się być wywołane zapaleniem nacz. włosowatych, skutkiem działania drobnoustrojów swoistych i koków ropnych.

Wysypki kiłowe, podobne do półpaśca.

Barbe (Paryż) przytacza przypadki, w których wśród przebiegu kiły powstają na bokach klatki piersiowej plamy barwikowe, różnej wielkości, nader uporczywe w ustępowaniu, bez poprzednich wysypek, cechujących kiłę. B. przypuszcza, że przyczyną jest objęcie zakażeniem także pewnych odcinków rdzenia pacierz.

Śledziona u kiłowych.

Beurmann i Delherm (Paryż) badali 150 przypadków kiłowych i doszli do wniosku, że śledziona jest u kiłowych zawsze powiększoną w pierwszych okresach choroby, począwszy od pojawienia się zmiany pierwotnej, coby dowodziło, że wrzód twardy polega już na zakażeniu ogólnem całego ustroju. Obrzęk śledziony w kile utajonej zwiastuje rychłe pojawienie się nawrotu.

Działanie rtęci w kile.

Justus (Budapeszt). Najlepszym odczynnikiem rtęci jest siarkowodor, który daje z nią strąt brunatny, później czarny. Białkan rtęci jednak, który prawdopodobnie znajduje się w tkankach po używaniu rtęci, daje się strącić dopiero wtedy, gdy uczynimy go chlorkiem wapniowym mniej stałem połączeniem. Dlatego J. postępował w ten sposób, że wyciętą z żywego osobnika tkankę ustalał w 14% chlorku cynkowym i następnie wymywał w rozczynie siarkowodoru, przez co znajdował w skrawkach tego kawałka tkanki obfitą ilość rtęci w postaci ziarenek czarnych w śródbłonku naczyń krwionośnych, w nacz. chłonnych i komórkach pierwoszczowatych (*Plasmazellen*). Wnioskuje więc, że rtęć pod postacią białkanu dochodzi przez krążenie do wysypek kiłowych, które zdają się ją przyciągać w sposób swoisty — i że zostaje złożoną w komórkach pierwoszczowatych, powodując ich zwyrodnienie i zniszczenie.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Projekt zmiany ustawy i instrukcyi służbowej dla lekarzy gminnych i okręgowych z dnia 2 Lutego 1891 Dz. ust. kr. Nr. 17, opracowany na podstawie uchwał i spostrzeżeń I. Zjazdu lekarzy okręgowych

przez

Dra Wiktora Nattera.

W przekonaniu, że rozporządzenia wykonawcze i instrukcya służbowa tylko wtedy mogą uledz zmianom, gdy do wprowadzenia tych zmian nadaną będzie im moc ustawodawcza, usiłowałem przystąpić do pojedynczych paragrafów ustawy z dn. 2 Lutego 1891 Dz. u. k. Nr. 17, — aby w nich umieścić proponowane zmiany, a mianowicie to, co się najlepszem być wydaje wykonawcom powyższej ustawy, co zależy od łatwiejszego jej wykonywania, — co ponieść może pożądany skutek społeczeństwu i krajowi nią się przysługującemu, — wreszcie co może wzbudzić zapał do pracy u wykonawców, obok ich własnego zadowolenia. — Zdaje mi się, że każda ustawa podobne dążności zawiera, — lub przynajmniej je skupić usiłuje.

W opracowaniu tem posługiwałem się ściśle uchwałami i spostrzeżeniami I. Zjazdu lekarzy okręgowych, używając, równocześnie wzorów ustaw podobnych, wprowadzonych w życie w innych krajach monarchii rakuskiej.

W projekcie, poniżej zestawionym, uwzględniałem głównie zmiany, dotyczące (przeważnie) funkcyj i praw lekarzy okręgowych, wychodząc z tego naturalnego zapatrywania, że lekarz okręgowy, spełniający swe obowiązki na kilkomilowym obszarze kilkunastu gmin, walczy z trudnościami odmiennemi, niż lekarz np. gminny, pełniący obowiązki w jednej gminie. Pierwszemu z natury rzeczy przysługiwałyby inne warunki do pełnienia jego obowiązków, zatem też warunki te wydatniej podniosłem, nie odstępując ani na chwilę od normy obowiązującej lekarzy gminnych, i im należne prawa przyznającej w duchu niniejszego projektu. W przytoczonych paragrafach ześrodkowałem i przelałem wszelką władzę, moralną i materyalną, na Wydział krajowy, — zastrzegając jemu wszelką moc wykonawczą, jakoteż prawo ściągania wszelkich poborów, potrzebnych na utrzymanie instytucyi służby zdrowia. Przenosząc punkt ciężkości całej sprawy na Wydział krajowy, uważałem to za stanowczy zabieg w różnych sprawach lokalnych, — za ugruntowanie powagi kierującej władzy, — za nadanie instytucyi służby zdrowia rzeczywistego piętna instytucyi krajowej, — że wreszcie tym sposobem uzyska się rękojmię dla przyszłego funduszu emerytalnego dla krajowej służby zdrowia.

Czy poglądy moje w podanym projekcie trafią do przekonań wszystkich Władz, oraz Szanownych kolegów, i czy we wszystkich razach zaspokoją ich pragnienia i dążności,... nie wiem; — powiem tylko, iż wszystko chciałem pogodzić ku pożytkowi instytucyi samej, jak i jej członków, wykonawców. Wysokie Władze mogą tylko nadać tym szkicom, — nakreślonym z pomocą Szanownych moich Kolegów i przy ich duchowem świetle — skończone rysy; — a wykończenie właśnie tego dzieła będzie chwałą dla mistrza.

Omówiony projekt brzmi następująco:

§. 1. Celem wykonania obowiązków policyjno-sanitarnych, nałożonych na gminy w §. 3 i 4 ustawy z dnia 30 kwietnia 1870 Nr. 68 d. p. p., będą ustanowieni lekarze gminni lub lekarze okręgowi.

§. 2. Gminy, posiadające osobny statut, jakoteż gminy, w których obowiązuje ustawa z dnia 13 marca 1889 Nr. 24 dz. u. kr., mają utrzymywać własnym kosztem potrzebną liczbę lekarzy gminnych (miejskich) tak, żeby na każde 15,000 mieszkańców przypadał co najmniej jeden lekarz. Inne gminy mogą ustanowić własnych lekarzy gminnych (miejskich), jeżeli poniosą wszystkie wydatki, połączone z ich utrzymaniem.

§. 3 Gminy, nie utrzymujące własnych lekarzy, w myśl §. 2. będą łączone w okręgi sanitarne z gminami sąsiedniemi tego samego lub przyległego powiatu z istniejącymi przy nich obszarami dworskimi.

§. 4. Tworzenie okręgów sanitarnych postępować będzie stopniowo, w miarę rozporządzalnych sił lekarskich i z uwzględnieniem stosunków finansowych powiatu i kraju, w ten sposób, że przed innymi tworzone będą okręgi sanitarne w okolicach, których stosunki sanitarne są najniekorzystniejsze. Sejm krajowy po wejściu w życie niniejszej ustawy uchwali na wniosek Wydziału krajowego, uczyniony w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem, ile okręgów ma być utworzonych w najbliższym roku. Pomnożenie liczby okręgów zależeć będzie od dalszych uchwał Sejmu.

§. 5. W granicach zakreślonych uchwałą Sejmu (§. 4) utworzenie okręgu sanitarnego zależy od uchwały Wydziału krajowego, powziętej w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem i po zasięgnięciu opinii c. k. krajowej Rady zdrowia. W tym celu na wezwanie Wydziału krajowego, Wydział powiatowy, zasięgnąwszy zdania gmin i obszarów dworskich, przedstawi w porozumieniu z polityczną władzą powiatową wniosek, które gminy i obszary dworskie, ze względu na oddalenie poszczególnych miejscowości, na ich zaludnienie, stosunki komunikacyjne, obecne siedziby lekarzy i inne ważne stosunki miejscowe, mają być złączone w jeden okręg sanitarny i gdzie ma być siedziba lekarza okręgowego.

Gdyby Wydział powiatowy, mimo powtórnego wezwania, takiego wniosku nie przedstawił w oznaczonym terminie, natenczas Wydział krajowy uskuteczni czynności poruczone w poprzednim ustępie Wydziałowi powiatowemu. W ten sposób ma być przeprowadzoną każda zmiana granic okręgu sanitarnego.

§. 6. W okręgu sanitarnym mieścić się mogą z reguły tylko gminy i obszary dworskie, należące do tego samego powiatu politycznego.

W razie utrudnionej komunikacyi między gminami jednego powiatu, należącemi do okręgu, mogą być przyłączone do okręgu gminy z sąsiedniego powiatu.

W takim razie Wydział krajowy oznaczy na podstawie zaludnienia i opłacanych wydatków etc. etc.

§. 7. *niezmieniony.*

§. 8. Lekarzy okręgowych mianuje w każdym razie Wydział krajowy na przedstawienie terna przez wydział powiatowy.

Ustęp: W powiatach, pobierających subwencyę z funduszu krajowego (§. 12) . . . . *odpada.*

Tak lekarze gminni, jak okręgowi, mogą być mianowani stałej lub też tymczasowo. Tymczasowe obsadzenie posady nie może jednak trwać dłużej nad rok jeden; po upływie tego czasu, zawiadomi Wydział powiatowy w porozumieniu z Wydziałem krajowym lekarza okręgowego, dlaczego jego stabilizacya nie może mieć miejsca.

W miastach, mających osobny statut gminny, tudzież w miastach . . . . stale mianowanymi.

Celem obsadzenia posady lekarza gminnego lub okręgowego rozpisze Wydział powiatowy z polecenia Wydziału krajowego konkurs, przynajmniej w gazecie urzędowej. Przy obsadzeniu posad lekarzy okręgowych pierwszeństwo mieć będą ci kandydaci, którzy już taką posadę piastowali; nadto uwzględnione będą zasługi, położone na poprzednich podobnych posadach, oraz ilość lat, spędzonych w stałej służbie zdrowia. Stabilizowanemu lekarzowi okręgowemu na jednej posadzie może być nadana tylko stała nowa posada, a ciągłość lat służby stałej nie ulega przerwie przez zmianę posad.

§. 9. O zamianowaniu lekarza okręgowego uwiadomi Wydział krajowy c. k. Namiestnictwo, któremu przysługuje prawo powstrzymania tej nominacyi w razie nieprzestrzegania przepisów ustawy. Nowomianowanemu lekarzowi okręgowemu należy wydać dekret z określeniem dokładnem warunków nadania posady.

Przy odbiorze zaś przysięgi przez c. k. starostę obecnym będzie marszałek powiatu, lub członek Wydziału powiatowego, przez niego wydelegowany.

§. 10. W razie czasowego braku lekarza okręgowego (z powodu śmierci, nieobsadzenia posady, choroby lub urlopu) ma Wydział powiatowy, w porozumieniu z Wydziałem krajowym, zarządzić, aby inny lekarz wykonywał tymczasowo w okręgu służbę sanitarną.

Lekarzowi okręgowemu przysługiwać będzie corocznie prawo do otrzymania urlopu dwutygodniowego. Zastępujący lekarz pobierać będzie przez tenże czas należytość za zastępstwo z Wydziału krajowego, w stosunku do poborów stałego lekarza okręgowego.

§. 11. Płaca lekarzy okręgowych będzie podzieloną na 3 klasy a mianowicie: rocznych 1000—1200 1400 koron i według oceny Wydziału krajowego, w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem, przywiązaną do poszczególnych okręgów, z uwzględnieniem stosunków okręgów, określonych przez Wydziały powiatowe. Każdemu lekarzowi okręgowemu przysługiwać będzie pobór dodatku aktywalnego w kwocie rocznych 200 koron, oraz czterech pięcioleci w kwocie po 200 koron, jak również prawo uzyskania emerytury dla niego, jako też i jego rodziny, w miarę wysłużonych lat służby i według normy emerytalnej odpowiedniej rangi urzędników krajowych. Dodatki aktywalne i pięciolecia będą wliczone przy oznaczeniu wysokości emerytury z ograniczeniem lat służby pełnej do lat 25, oraz z przyznaniem praw do eme-

rytury po upływie 5ciu lat, przebytych w stałej służbie lekarzy okręgowych.

Ryczałty na koszta podróży lekarzy okręgowych oznaczy Wydział krajowy dla poszczególnych okręgów, jednakowoż nie poniżej 600 koron rocznie.

Płace lekarzy okręgowych, oraz ryczałty, będą wypłacane miesięcznie z góry w najbliższych urzędach podatkowych, za wystawieniem przynależnych kwitów.

Wszelkie wydatki, jako to: płace lekarzy okręgowych, ich dodatki aktywalne, pięciolecia, ryczałty na koszta podróży, oraz fundusz emerytalny, obejmie na siebie fundusz krajowy.

Koszta leków dla chorych ubogich poniosą gminy, stanowiące okręgi sanitarne, — Wydziały powiatowe zaś według możności i funduszów, zwłaszcza karnych, koszta te częściowo pokryją drogą udzielenia pojedynczym gminom uboższym zasiłków, przeznaczonych wyłącznie na ten cel.

W chorobach zakaźnych i epidemicznych zapisywać będzie lekarz okręgowy leki na koszt państwa, nawet już przy pierwszem stwierdzeniu choroby takiej, — na własne lub też zwierzchności gminnej wykrycie lub doniesienie.

Jeśliby zwierzchność gminna nie wstawiła na ten cel w swym budżecie corocznym kwot pewnych, Wydziały powiatowe przy zatwierdzeniu tych budżetów — byłyby upoważnione kwoty odnośne wstawić.

Za sprawowanie obowiązków z polecenia władz lekarz okręgowy pobierać będzie należytość, według przepisów obowiązujących, ze skarbu państwa. Zarówno w ten sam sposób, o ile strony prywatne nie będą w stanie pokryć należytości, pobierać będzie je lekarz okręgowy w następujących razach:

a) przy odbywaniu podróży w celu niesienia pierwszej pomocy przy wybuchu epidemii na doniesienie zwierchności gminnej, lub też na własne wykrycie choroby podobnej;

b przy odbywaniu podróży w celu przeprowadzenia oględzin zwłok w razach wątpliwych co do przyczyny śmierci, na doniesienie oglądacza zwłok;

c) w razie odbycia podróży w celu niesienia pomocy lekarskiej w nagłych przypadkach, zaszłych w okręgu sanitarnym.

Przy powyższych czynnościach pobierać ma lekarz okręgowy dyety przepisane, oraz kilometrowe.

§ 12. Do funduszu Wydziału krajowego wpływać mają:

a) Opłata za oględziny zwłok . . . . . . ct.

jak w ustawie:

b) opłaty za dokonywane stale przez lekarza okręgowego oględziny mięsa etc. . . . .

jak w ustawie;

c) z obowiązań prawnoprywatnych etc. . . . .

jak w ustawie;

d) pobór dodatków (wysokość ma być oznaczoną) od poszczególnych gmin, należących do pojedynczych okręgów, w stosunku do opłacanych podatków stałych, z wykluczeniem podatków osobisto-dochodowych, za wykonywanie służby zdrowia w gminach;

e) pobór odsetków (?) od pobieranych płac lekarzy okręgowych, z wliczeniem dodatków aktywalnych i pięcioleci;

f) grzywny, nałożone na lekarzy okręgowych;

g) spłaty odsetków za lata ubiegłe w stałej służbie lekarzy okręgowych, gdyby ci pragnęli, aby im ubiegłe lata służby do okresu emerytalnego były wliczonemi;

h) coroczne wyznaczone zasiłki c. k. rządu na podtrzymywanie assanacyi kraju.

Gdyby poborami tymi nie można było pokryć wszystkich tu przewidzianych wydatków, potrzebnych na utrzymywanie lekarzy okręgowych, w takim razie niedobory pokryje fundusz krajowy.

§. 13. W 5-tym wierszu zamiast „powiatowego" ma być „krajowego".

§. 14. Lekarze gminni i okręgowi są stałymi organami zawodowymi . . . . . .

Obowiązki służbowe lekarzy okręgowych określi instrukcya, którą wyda . . . . W instrukcyi tej ma być określony szczegółowo także obowiązek tych lekarzy do bezpłatnego leczenia chorych ubogich, ale niedotkniętych chorobami epidemicznemi. W ostatnim bowiem razie przypadają im pobory ze skarbu państwa według przepisów istniejących.

Lekarze okręgowi są obowiązani szczepić ospę w miejscu swej siedziby; mając szczepić ospę po za jej obrębem — za poborem należytości, w miarę ilości szczepionych i odnośnie do rozporządzenia c. k. Namiestnictwa, w porozumieniu z Wydziałem krajowym do l. 18.936 (w sprawie ochronnego szczepienia ospy). — Władzy politycznej krajowej przysługuje prawo zarządzenia od czasu do czasu szczepienia ospy w okręgach sanitarnych, mianowicie przez c. k. lekarza powiatowego, a podówczas lekarzom okręgowym ma być przydzielane przed innymi lekarzami szczepienie w innych okręgach powiatu.

Przy przeprowadzeniu szczepienia, jakoteż podczas epidemii, lekarze okręgowi, jako urzędnicy publiczni, zwolnieni będą od pobierania potwierdzeń od zwierzchności gminnej.

§ 15. Czynność lekarzy okręgowych nadzorują, oraz sprawują nad nimi władzę dyscyplinarną, komisye, składające się: z marszałka powiatu, c. k. starosty i c. k lekarza powiatowego.

Dochodzenie dyscyplinarne należy wdrożyć, jeżeli lekarz zaniedbuje etc. . . . . *jak w ustawie.*

§. 16. §. 17. §. 18. §. 19. §. 20. §. 21. §. 22. *niezmienione.*

Rozporządzenie wykonawcze

do § 9. *niezmienione*

§ 11. *wypada.*

do §. 15. grzywny, nałożone orzeczeniem dyscyplinarnem na lekarza okręgowego, wpływają . . . . do funduszu krajowego.

Instrukcya A.

. . . .

W razach nagłych i niecierpiących zwłoki lekarz okręgowy obowiązanym jest zarządzić na własną odpowiedzialność, w zastępstwie naczelnika gminy, to, co okaże się niezbędnie potrzebnem, — bez wymagania nawet od niego zatwierdzenia.

Instrukcya B.

ustępy *a) b) niezmienione.*

c) wydawać opinię ze stanowiska sanitarnego . . . . etc. etc. Za czynności te, o ile one będą dotyczyć korzyści stron prywatnych, lekarze okręgowi pobierać będą dyety i kilometrowe za odbyte podróże.

Ustępy: *d) e) f) g) h) i) k) l) m) n) o)* nieść natychmiast pomoc . . . . t. d pod warunkami, w projektowanej ustawie określonymi a mianowicie w §. 11.

Ustępy: p) r) — *niezmienione.*

Ustęp: s) interweniować wcześnie i roztropnie etc. . . . . etc.

W razach tych ordynować może lekarz okręgowy na koszt państwa i według obowiązującej normy, a o przeprowadzeniu swej czynności przy wybuchu epidemii przedłoży bezzwłocznie sprawozdanie c. k. starostwu, które do dni 8miu stwierdzi stan rzeczy za pomocą c. k. lekarza powiatowego i poleci przed tymże 8mio-dniowym terminem, jeśli się tego okaże potrzeba, dalsze dojazdy do stłumienia epidemii tylko lekarzowi okręgowemu.

Ustęp t) wykonywać w miejscu swej siedziby oględziny zwłok . . . . i t. d. z zastosowaniem §. 11. projektowanej ustawy.

ad V.) W razach stwierdzenia epidemii wśród dziatwy szkolnej i po przekonaniu się, iż za jej pośrednictwem epidemia się szerzy, — będzie lekarz okręgowy w mocy zarządzić zamknięcie szkoły, lub przeciwnie, z chwilą wygaśnięcia choroby epidemicznej do jej otwarcia, o których to zarządzeniach bezzwłocznie powiadomić ma c. k starostwo.

ad. U.) . . . .

Za poborami od stron prywatnych według obowiązujących taks, lub od dotyczących władz; — mianowicie ze skarbu państwa.

Ustępy: w.) x.) y.) z.) *niezmienione.*

Statut

stałych komisyj zdrowotnych, z wyjątkiem miast Lwowa i Krakowa, bez zmiany.

IX. **Wiadomości bieżące.**

Kraków, 31 stycznia 1901.

Lwów. Dnia 28 b. m. lekarze lwowscy uczcili rocznicę śmierci śp. prof. Oskara Widmana. Po Mszy św. żałobnej udali się lekarze szpitalni, grono profesorów Uniwersytetu i znaczna liczba słuchaczów medycyny — do odpowiednio udekorowanej kancelaryi oddziału chorób wewnętrznych, gdzie, po serdecznem przemówieniu Dr. W. Opolskiego, odsłonięto portret śp. prof. Widmana.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. tutejszym otrzymali: Józef Graf, Aron Rubin i Henryk Rosmarin.

* Deputacya Związku balneologów austryackich, złożona z Winternitza, Wicka i Ullmanna, udała się do prezydenta ministrów Körbera i doręczyła mu memoryał Związku w sprawie podniesienia przez rząd zakładów kąpielowo-leczniczych w Austryi. P. Minister i szef Sekcyi Dr. Kusy, oświadczyli wszelką gotowość poparcia w myśl memoryału Związku balneologów, przyznając słuszność zawartym w nim postulatom. Ministrowie w Austryi nigdy niczego nie odmawiają, to już rzecz doświadczona.

* Jeszcze nie upłynął rok od założenia w Wiedniu »Stowarzyszenia samopomocy lekarzy« jak już znalazł się secesyonista, który wystąpił z tego Stowarzyszenia, a założył na własną rękę nowe, pod nazwą: „Wolny związek praktycznych lekarzy w Wiedniu." Do tego Związku mają wejść tylko ci lekarze praktyczni, którzy nie są czynni w żadnym zakładzie leczniczym, rządowym lub prywatnym. »Wolny Związek« zamierza walczyć o „zdemokratyzowanie" Izby lek. i stać na gruncie „nieskazitelnej gospodarki interesów stanu lekarskiego." Oczywiście, prezydentem tego Związku jest ten sam secesyonista, Dr. Stricker, który dowiódł jednocześnie, że jest i niezrównanym frazeologiem.

* Pod tytułem »Strejk lekarzy w Rosyi« pisze »Gazette médicale de Paris« (Nr. 4) co nastepuje: „Donoszą z Petersburga, że wszyscy lekarze szpitala św. Łazarza w Krakowie zawiesili pracę zawodową, oświadczając, że nie wrócą do swych zajęć szpitalnych, jeżeli władza

magistracka nie zaprowadzi zmian, których lekarze od tak dawnego czasu domagają się.“ Z naszej strony dodać jeszcze możemy, że te bajeczne informacye podaje tygodnik, który otrzymuje »Przegląd Lekarski.«

* Drowie F. Malinowski i J. Krysiński mianowani zostali lekarzami szp'tala św. Łazarza w Warszawie.

* Dr. Fabian Klosenberg, mian. został ordynatorem nadetatowym w uniwersyteckiej klinice chorób nerwowych i umysłowych w Warszawie.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Franciszek Toczyski.

* W Heidelbergu powstał Komitet dla wzniesienia pomnika dla Bunsena, Kirchhoffa i Helmholtza.

* Okruchami ze stołów jadłodajni karlsbadzkich żywi się podczas sezonu uboższa ludność miejscowa. Od pewnego czasu popyt na te okruchy wzrósł i to ze stron tak oddalonych, jak Styrya, Szląsk i Morawy, gdzie rozwinął się handel obnośny, z którego korzysta uboższa ludność tych krajów; jednocześnie jednak stwierdzono liczne i poważne zaburzenia przewodu pokarmowego, których przyczynę dopatrzyły władze sanitarne właśnie w rozłożonych resztkach restauracyi karlsbadzkich. Władza jednak uznała, że ze względu na ludność ubogą, nie należy zakazać tego rodzaju handlu, lecz poddać go ścisłej kontroli policyi sanitarnej.

Mianowania i odznaczenia. Nazwycz. profes. zostali mianowani w Bazylei: Doc. Hägler i Egger. Prof. patol. anatomii w Kadyksie mian. został Roca y Bermudo. Prosektor warszaw. Uniw. warsz. Dr. Jaszczyński mian. został prof. chirurgii teoretycznej.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Aleksander Czerniejewski, lat 48, w Częstochowie. Dr Teofil Baranowicz lat 71 i Dr. Bogusz Józef — zmarli na początku m. stycznia w Moskwie. Dr. Michał Wysokiński lat 49, zmarł w Petersburgu. W Paryżu zmarł prof. Kasper Adolf Chatin. Profes. R. Moericke, ginekolog, zmarł w Stuttgardzie.

Zapiski bibliograficzne.

— *Medycyna* Nr. 4: Dr. Bregmana L. E.: O nowotworach móżdżku. Mutermilcha S.: Przyczynek do nauki o tętnie paradoksalnem.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 4: Dr. Białokura: Kilka słów w sprawie leczenia nadkwaśności żołądka. Dr. Heimana T.: Wskazania do leczenia operacyjnego przewlekłych spraw ropnych w uchu środkowem (dok).

— *La Presse médicale* Nr. 7: Dr. Auché i Dr. Vitrac: Śródbłoniak naczyniowy. Dr. Martinet: Kaszel odruchowy i jego leczenie. Nr. 8: Ardin Delteil i Rigaux: Żółtaczka złośliwa przyrody mocznicowej (postać nerkowa żółtaczki złośliwej).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 4: Prof. Dr. Maixner: Některe poznámky ku pathogenesi a symptomatologii wýduti sredečnice (dok.). Dr. Skala: Kasuistický příspěvek k chirurgii ledvin.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 4: Klebs: Leczenie gruźlicy. Dziedziczenie i inne drogi zakażenia. Frank: Odkażające własności wyskoku, zwłaszcza pary wyskokowej. Engel: Czy ze składu krwi błedniczej możemy wnioskować o stanie narządów krwiotwórczych? Dennig: Przypadek białaczki ostrej bez stwierdzonych makropowo zmian patologicznych w narządach krwiotwórczych. Mertens: Przypadek pęcherzycy przewlekłej skóry i błon śluzowych z następowem wytworzeniem torbieli skórnych zrogowaciałych. Tesdorpf: Znaczenie dokładnego określenia usposobienia osobniczego dla wyrokowania o umysłowo chorych. Port: Otwarcie ropnia w jamie Douglasa przy zapaleniu wyrostka robaczkowego drogą cięcia przy kości krzyżowej. Quadflieg: Wydobycie sztucznych zębów z przełyku drogą gastrotomii. Zervos: Sześć przypadków bąblowca wątroby z przebiciem do płuc. Fraenkel, Kopp: Zapobieganie oraz poronne leczenie rzeżączki.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 4: Braatz: Nauczanie historyi medycyny i nowy plan egzaminów lekarskich. Michaelis: Nowa postać hemoglobinuryi. Kalischer: Przypadek wydzielania się z moczem hemialbumozy Bence-Jonesa przy myeloma żeber. Pagenstecher: Dalszy przyczynek do chirurgii serca. Podwiązanie zranionej tętnicy wieńcowej. Willebrand: Metoda jednoczesnego skombinowanego barwienia preparatów suchej krwi eozyną i błękitem metylenowym. Müller: Odkażanie rąk.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4: Fuchs E.: Rozedma w oku. Jeż W. i Kluk Kluczycki: Leczenie duru brzusznego wyciągiem przeciwdurowym Jeża. Kokall: Przyczynek do poznania zmian chorobowych wywołanych przez bąblowca.

— *La Semaine médicale* Nr. 2: Nobécourt: Rola drożdży wprowadzonych do przewodu pokarmowego. Cazin: Technika operacyjna otoku piersiowego. W N. 3: Potain: Znaczenie rozpoznawcze zmian dźwięczności i natężenia nieprawidłowych szmerów w sercu; wpływ sprężystości ścian komór sercowych na domykalność klapy dwukończystej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 4: Cohn H.: Higiena oczów w w. XIX. Karo W.: Dwa przypadki rzeżączki odbytnicy skutkiem wypróżnienia się do niej zbiorowiska ropy rzeżączkowej. Wolfner: Częstość znajdowania się cukru w moczu u otyłych. Weygandt: Pomięszanie zmysłów z pognębieniem szałowem. Moeli: Kiła mózgu. Martens: Leczenie chirurgiczne zwężeń cewki moczowej.

Redakcya otrzymała:

— Prof. Dr. S. Ciechanowski: Sprawy wydzielnicze w komórkach pierwotnych gruczolaków i raków gruczolakowych wątroby. (Kraków, 1900). Dr. J. Fajersztain: Ueber das gekreuzte Ischiasphanomen. (Odbitka z »Wien. klin. Wochenschr.« Nr. 2). Dr. J. Sędziak: 1) Laryngeale Störungen bei den Erkrankungen des centralen Nervensystems, mit besonderer Berücksichtigung laryngealer Störungen bei Tabes dorsalis. (Odbitka z „Klinisch. Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie“ Nr. 3, 901). 2) Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w cierpieniach zakaźnych, ostrych. (Odbitka z „Nowin Lekarskich“ 1900). 3) Uroczystości jubileuszowe krakowskie. (Odbitka z »Kroniki Lekarskiej« 1900). 4) Przypadek błonicy krtani, symulującej ropień migdałka językowego, oraz wtórne zapalenie podśluzowe krtani. (Odbitka z »Kroniki Lekarskiej« 1900). 5) Leczenie gruźlicy krtani. (Odbitka z „Kroniki Lekarskiej“ 1900). 6) Ueber luetischen Primäraffect in der Mund- und Rachenhöhle, sowie in der Nase und den Ohren. (Odbitka z »Monatschrift für Ohrenheilkunde« 1900). Dr. Jaworski Józef: O powikłaniach ciąży, porodu i połogu wadami serca. (Odbitka z »Kroniki Lekarskiej« 1901). Doc. Dr. H. Schramm: Choroby chirurgiczne wieku dziecięcego, Lwów, 1901.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dn. 6-go lutego, o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym: 1) kol. prof. Ciechanowski okaże przypadek tętniaka z oddziału I. B. 2) kol. Gliński demonstrować będzie kilka rzadkich okazów anatomicznych. 3) kol. doc. Baurowicz okaże termofory. 4) kol. Żydłowicz wypowie odczyt poprzednio zapowiedziany.

Komisya organizacyjna Tow. samopomocy lekarzy przypomina P. T. Panom Kolegom, że pierwsze Walne Zgromadzenie członków zawiązać się mającego „Towarzystwa samopomocy lekarzy“ odbędzie się w Krakowie dnia 3 lutego br. o godzinie 5 popołudniu w sali Kopernika *(Collegium novum)*. — Na porządku dziennym: 1) Sprawozdanie Komisyi organizacyjnej. 2) Wybory Zarządu. 3) Uchwalenie wpisowego i wkładki rocznej. 4) Wnioski członków. — Czynny udział w obradach wziąć mogą tylko zgłoszeni poprzednio członkowie. Na listę członków wpisać się można jeszcze w ostatniej chwili przed rozpoczęciem zgromadzenia.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**